

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Mars 1901, à 1 heure

PAR

Benjamin POLONSKY

Né à Proujany (Russie) le 17 juin 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES CONGÉNITALES

SACRO-COCCYGIENNES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LEGUEU, professeur.

RECLUS et JALAGUIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Mars 1901, à 1 heure

PAR

Benjamin POLONSKY

Né à Proujany (Russie) le 17 juin 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FISTULES CONGÉNITALES
SACRO-COCCYGIENNES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. LEGUEU, professeur.

RECLUS et JALAGUIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux ..	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction

Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. Ricard un cas de fistule congénitale sacro-coccygienne, opérée par M. Veau, prosecteur de la Faculté. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher ce qui a été écrit sur ces fistules congénitales sacro-coccygiennes, affection relativement inconnue malgré les discussions répétées auxquelles elle a donné lieu.

Nous avons recueilli les observations aussi bien françaises qu'étrangères.

Dans le cours de notre travail nous avons été souvent amenés à parler des dépressions cutanées congénitales sacro-coccygiennes dont l'étiologie et la pathogénie sont inséparables de celles des fistules. Du reste, la fistule n'est qu'un degré plus avancé de la dépression ; la démarcation entre ces deux affections est purement schématique.

Mais avant d'aborder le sujet de notre travail, c'est pour nous un agréable devoir d'adresser tous nos remerciements à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, à MM. les D^{rs} Pouchet, Reclus, Gaucher, Legueu et Bonnaire et à tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale.

Nous prions M. Veau, prosecteur de la Faculté, de recevoir l'expression de nos meilleurs remerciements pour les observations qu'il a mises à notre disposition et les conseils qu'il nous a prodigués au cours de ce travail.

Nous prions M. le Professeur Tillaux d'agréer l'hommage respectueux de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse,



Historique

L'étude des affections de la région sacro-coccygienne n'a guère été faite avant 1818.

C'est seulement en 1853 que *Roser* dans son *Traité d'anatomie chirurgicale* signale l'existence d'une fossette coccygienne : « Par suite d'une invagination s'effectuant chez le
« fœtus, il peut se former soit une fossette, soit une sorte
« de fistule ou un kyste. On trouve chez beaucoup de per-
« sonnes, à la partie supérieure de la région du coccyx,
« une dépression qui ne peut être considérée que comme
« une invagination de la peau du fœtus. Si l'on suppose
« que cette fossette soit un peu plus profonde, il en résul-
« tera un trajet fistuleux. Si cette fistule s'oblitère on aura
« un kyste. »

Luschka, en 1864, ajoute en parlant de la région qui s'étend entre l'anus et le coccyx : « A la limite la plus reculée de cette région on aperçoit souvent une fossette » *fovœola recto-analis* » qui se termine parfois par un petit canal borgne de plusieurs millimètres, mais au fond de laquelle je n'ai jamais pu reconnaître un orifice glandulaire quelconque. J'ai constaté cette fossette à maintes reprises chez des enfants nouveau-nés, ainsi que chez des

adultes. Cette dépression a été également observée par Fichte. « D'après Luschka cette fossette répondrait, peut-être, à l'Afterhöhle de Remak, située en arrière de l'anus de Rusconi chez la grenouille.

Hyrtl mentionne également cette dépression : « Derrière l'anus, près de la pointe du coccyx on trouve dans des cas rares une fossette qui s'allonge sous la forme d'un canal finissant en cul-de-sac. J'ai remarqué ce « foramen cœcum recto-anale » plusieurs fois chez des nouveau-nés, jamais sur les cadavres d'adultes. »

En 1867, *Kuhn* (de Gaillon, Eure) signale, dans une lettre adressée à la Société de Chirurgie, ce vice de conformation : « On rencontre chez beaucoup de sujets, et, notamment, chez ceux qui naissent avec des difformités musculaires des membres inférieurs, une dépression infundibuliforme, espèce de cicatrice en cul-de-poule, quelquefois très profonde, toujours infiniment adhérente aux tissus fibreux de la colonne vertébrale et se continuant avec la membrane qui revêt l'orifice inférieur du canal sacré. Elle est toujours située sur la ligne médiane vers le niveau de l'articulation sacro-coccygienne. »

La même année, *Mason Warren*, chirurgien de l'hôpital général de Massachussets, publie dans son livre « Surgical observations with cases and operations » deux observations de fistules congénitales sacro-coccygiennes compliquées d'accidents inflammatoires.

Molk, en 1868, affirme la rareté des dépressions décrites par *Kuhn*. Il avoue n'en avoir jamais rencontré.

Desprès, en 1874, signale, comme constante, l'existence d'une fossette à 2 ou 3 millimètres en arrière de la marge de l'anus. En mai 1878, à propos d'un cas de cloisonnement de la cavité pelvienne avec utérus et vagin doubles, *Féré* nous apprend qu'il a rencontré chez le même sujet un infundibulum cutané de la région sacro-coccygienne.

La même année, *Lawson Tait* publie les résultats de ses recherches concernant la fossette coccygienne. Il prétend l'avoir constatée surtout chez des femmes ; elle serait due, d'après lui, à la cicatrice de la queue dont l'homme aurait été jadis pourvu.

Nous trouvons dans le *Traité d'Anatomie* de *Krause* la description suivante : « Dans la région des dernières vertèbres sacrées et des dernières vertèbres coccygiennes, au dessus de la pointe du coccyx, là où les poils forment un tourbillon (vertex coccygeus, Steisshaarwirbel) on rencontre fréquemment un enfoncement dépourvu de poils, *foveola coccygea*. »

Ecker, en 1879 et 1880, fait paraître dans l'« *Archiv für Anthropologie* », deux articles où il s'occupe spécialement de la pathogénie de ces affections.

En 1882, à la Société de Chirurgie, une discussion s'éleva à propos de ce sujet, à laquelle prirent part MM. Terrillon, Monod, Guéniot, Polaillon et M. Lannelongue fut chargé de rédiger un rapport sur la question.

M. *Heurtaux*, de Nantes, envoya à la Société de Chirurgie, en mars 1882, un mémoire sur l'infundibulum et la

fistule para-coccygienne. La même année, M. *Peyramaure-Duverdier*, élève de Lannelongue, exposait les théories de son maître à ce sujet, et, en 1883, M. *Couraud* étudie lui aussi les dépressions et fistules congénitales et les kystes dermoïdes de la région.

En 1885 paraissent en Allemagne, les travaux de *Madelung* et de *Wendelstadt*.

En septembre 1887, MM. *Tourneux* et *Herrmann*, en étudiant la persistance des vestiges médullaires coccygiens et leur rôle dans la production des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes, nous ont expliqué la formation de l'infundibulum.

Mallory, en 1892, dans un article paru dans le « *American Journal of med. sciences* » confirme les recherches de *Tourneux* et *Herrmann*.

Calbet, en 1893, s'occupe dans sa thèse des tumeurs de cette région, et *Hansen* étudie la même année les kystes dermoïdes de la région.

Wette, en 1895, reprend cette question dans un article paru dans l'« *Archiv für Klinische Chirurgie* » et rapporte quelques observations intéressantes de fistules sacro-coccygiennes.

En 1899, *Masquin* consacre sa thèse à l'étude des « Dépressions et fistules sacro-coccygiennes ». Il rapporte une observation nouvelle. *Pouthiou-Lavielle*, de Bordeaux, en fait une étude générale et rapporte quelques observations de dépressions et de fistules, mais passe sous silence les observations étrangères.

Anatomie Pathologique

La question des fistules nous semble inséparable de la question des dépressions sacro-coccygiennes ; aussi allons nous commencer ce chapitre par l'étude de quelques particularités intéressantes des dépressions, nous verrons ensuite les points spéciaux aux fistules sacro-coccygiennes congénitales.

A. — Les dépressions présentent plusieurs caractères intéressants, relatifs à leur siège, à leur nombre, à leur aspect, à leurs connexions avec les parties profondes.

Leur SIÈGE est très variable. Il peut s'étendre de la région sacrée à la marge de l'anus, aussi bien sur la ligne médiane que sur les parties latérales.

Hyrtyl prétend les avoir vues près de la pointe du coccyx, derrière l'anus, tandis que Lawson-Tait signale leur existence à la partie inférieure du sacrum et que Kuhn les décrit au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, sur la ligne médiane. Dans les cas de Féré les dépressions étaient situées à peu près à la limite du sacrum et du coccyx.

Desprès les place à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'anús, dans la région coccygienne et Polaillon leur assigne comme lieu d'élection la base du sacrum. D'après M. Lannelongue la dépression cutanée peut occuper trois sièges distinctifs, correspondant l'un au sacrum proprement dit, l'autre à l'articulation sacro-coccygienne, le troisième enfin à la pointe du coccyx. Le siège inférieur est le plus variable. La disposition de cet os, du reste, n'a rien de fixe. Quelquefois en effet, au moins à un certain âge, la pointe de cet os est presque sous la peau ; mais le plus souvent il s'incurve en avant et sa pointe s'éloigne du tégument ; il convient d'ajouter que cette incurvation est d'ailleurs plus ou moins prononcée. Sur 160 observations recueillies par M. Peyramaure-Duverdier nous trouvons : 28 fois la dépression occupait l'origine de la rainure, 40 fois le point qui correspond à l'articulation sacro-coccygienne, 32 fois le point qui correspond à la pointe du coccyx, dans 10 cas les fossettes étaient multiples, à des hauteurs différentes, dans le pli ou en dehors du pli fessier.

Sur 46 cas de Heurtaux, 32 fois on pouvait constater la présence de l'infundibulum à une distance de 12 à 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx, c'est-à-dire au niveau de l'articulation de la 2^e ou 3^e pièce coccygienne, plutôt même au milieu du corps de la 2^e vertèbre ; 2 fois la dépression était placée un peu plus en arrière, à 2 centimètres de la pointe du coccyx, 6 fois à 1 centimètre et, enfin, 6 fois à la pointe même.

Si quelques-unes de ces dépressions peuvent occuper les

côtés de la ligne médiane, la plupart cependant se rencontrent exactement sur cette ligne.

Les dépressions sont en NOMBRE plus ou moins grand suivant les sujets. D'habitude il n'y en a qu'une.

Mais elles peuvent aussi être multiples. Ainsi Lawson Tait trouva plusieurs fois deux dépressions sur le même sujet, mais toutes les deux sur la ligne médiane. Dans d'autres cas on rencontre deux fossettes situées, l'une à l'origine de la rainure fessière, l'autre exactement au point de courbure de la colonne sacro-coccygienne. Très souvent il existe une exagération de la profondeur du sillon concomitant avec la présence d'une fossette ou d'un infundibulum.

Quelques malades présentent, en plus d'un sillon interfessier légèrement dévié, de légers méplats, à quelques centimètres au-dessus de l'origine de la rainure ; de chaque côté de la ligne médiane, existent deux méplats placés à 1 cent. $1/2$ de cette ligne.

Peyramaure-Duverdier, sur 160 cas, trouve 10 cas où les dépressions étaient au nombre de 2, 3, 4, 6. Elles peuvent alors être médianes ou paramédianes.

Dans un cas observé par Lannelongue, il existait deux infundibula latéraux, placés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, à une distance de près de deux centimètres l'un de l'autre ; leur siège correspondait aux tubercules sacrés. De chacun d'eux partait un sillon cutané, qui aboutissait à une fossette médiane de la rainure

interfessière, située au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Ces trois dépressions formaient un triangle équilatéral.

Dans un cas observé par Wendelstadt (Obs. X) il existait un infundibulum latéral, situé à la hauteur du sacrum, tandis que deux autres dépressions linéaires formant un V se trouvaient au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Dans une observation de Heurtaux on remarquait, en outre de l'infundibulum, trois petites dépressions situées à égale distance les unes des autres, séparées par des intervalles de 9 millimètres environ. Wette (Obs. LVII) trouva quatre infundibula superposés, situés sur la ligne médiane, à une distance de près d'un centimètre l'un de l'autre.

La dépression peut se présenter sous des FORMES assez différentes. M. Féré est, nous semble-t-il, le premier qui donne une description détaillée des différents aspects de cette malformation : « Tantôt il existe un simple méplat avec adhérences de la peau dont la coloration n'est pas modifiée ; tantôt on voit une ligne verticale blanchâtre aussi avec adhérences : tantôt enfin c'est un infundibulum dont l'axe peut être directement antéro-postérieur, et dont la profondeur varie avec l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée ; quelquefois l'axe de l'infundibulum est oblique d'arrière en avant et de haut en bas, et son orifice aplati figure un V ouvert en haut ».

Les descriptions des autres auteurs diffèrent peu de celle que nous venons de citer et les légères variations que l'on

rencontre doivent être attribuées à ce fait qu'on a décrit les étapes différentes d'une seule et même production pathologique.

La forme varie-t-elle avec l'âge et telle dépression qui, au moment de la naissance, se signalait par les signes d'un simple méplat, devient-elle une fistule, voire même un kyste ? Nous devons, d'abord, distinguer les dépressions légères et mobiles, et les dépressions profondes unies intimement par des tractus fibreux.

Les petites dépressions observées dans les premiers mois de la vie semblent, si elles sont mobiles, devoir être destinées à s'effacer. Au contraire, si elles sont profondément attachées par des tractus fibreux, par suite de la tendance des parties voisines à se charger de graisse, elles arriveront à constituer des infundibula — nous appelons ainsi des dépressions dont la profondeur dépasse 3 à 5 millimètres — et, par conséquent, le plus souvent de véritables fistules.

Dans les cas légers, la dépression n'excède pas 2 à 3 millimètres, mais elle est cependant très évidente. A un degré plus prononcé, l'infundibulum atteint de 3 à 6, quelquefois même 8 et 10 millimètres de profondeur. Sur 46 cas observés par Heurtaux, 35 dépressions ne dépassaient pas 2 à 5 millimètres, 11 seulement étaient plus profondes.

Au degré le plus simple et le moins prononcé, la peau s'enfonce à une PROFONDEUR médiocre sous forme de plans inclinés en pente assez douce, formant une sorte de méplat

qui ressemble un peu à une cicatrice déprimée, à une cupule semblable à celle que creuse le doigt sur un membre œdédié. Dans son ensemble la dépression ressemble alors parfois à un entonnoir assez évasé, à grand diamètre dirigé d'avant en arrière. Dans d'autres cas les dépressions sont plutôt canaliculées. Le plus souvent (30 fois sur 46 d'après Heurtaux) l'infundibulum est limité sur tout son pourtour par un bord bien marqué, à contours nets ou froncés, ce qui lui donne l'aspect d'un véritable trou, soit arrondi, soit ovalaire, et dans ce dernier cas, à grand diamètre, dirigé d'avant en arrière. Le trou peut être très petit, semblable à un conduit de glande sébacée élargi.

Heurtaux décrit un cas où l'infundibulum avait une forme parabolique avec les bords d'un côté bien saillants et à pic, tandis que de l'autre ils se confondaient insensiblement avec la peau de la région. La largeur du trou servant d'orifice à l'infundibulum varie de 1 à 4 millimètres. Quelques-uns ont même un orifice permettant seulement l'introduction d'un stylet très fin.

Qu'il s'agisse d'une simple dépression ou d'un véritable infundibulum, la *peau* qui les tapisse est une peau presque toujours normale dans ses propriétés et dans sa structure. On ne constate de temps à autre que des altérations de nature purement inflammatoire. L'examen *histologique* fait dans les cas de Terrillon, Heurtaux, Tapie, Hansen, Wette, Wendelstadt, Stolper, etc. a presque toujours donné des résultats concordants sur ce point.

Cependant pour Tourneux et Herrmann, le revêtement

cutané des fossettes coccygiennes « ne renferme pas de follicules pileux, mais possède des glandes sudoripares assez nombreuses ».

Dans un cas de Wendelstadt (obs. XXXVIII) l'examen microscopique montre que le revêtement de la paroi du canal à l'entrée de l'infundibulum présente tous les caractères de la peau normale. On constate une couche épaisse d'épithélium corné qui pénètre dans la profondeur en forme de coin ; puis le revêtement perd progressivement ses glandes et ses follicules pileux ; enfin, dans le fond du trajet le revêtement prend un caractère mucoïde : La couche épithéliale est moins épaisse, moins cornée et ne pénètre plus aussi profondément.

Dans plusieurs cas Féré avait trouvé que la peau du fond de l'entonnoir adhérait à la partie inférieure du sacrum et à la base du coccyx par des brides fibreuses, épaisses, courtes et persistantes. Kuhn avait déjà noté une disposition analogue qui fut confirmée par les recherches de Heurtaux et de Wette. M. Lannelongue, au contraire, dit n'avoir pas constaté, dans trois cas d'infundibulum qu'il a eu l'occasion de disséquer, ces liens fibreux qui rattacheraient la peau au squelette. Dans ces cas une couche cellulo-adipeuse assez épaisse séparait la peau de l'aponévrose qui ferme le canal sacré. D'après M. Lannelongue, rien ne s'oppose au glissement de la peau sur les os, sur la ligne médiane ; il n'en serait pas de même latéralement : « il part, en effet, du sacrum, au niveau des attaches du grand fessier, des tractus fibreux denses et importants qui vont di-

rectement à la peau et qui la fixe sur les côtés. Ce sont ces tractus qui limitent la mobilité de la peau de la rainure, dans toute sa partie osseuse, et qui lui permettent par suite un certain glissement sur les os ».

M. Rieffel prétend également avoir cherché inutilement ces adhérences dans des dissections faites sur des cadavres de tout âge, porteurs d'infundibula para-coccygiens.

B. — Fistules. — L'infundibulum de la région sacro-coccygienne n'aurait par lui-même qu'un médiocre intérêt, au point de vue chirurgical du moins, s'il n'était parfois susceptible de donner lieu à des fistules qui restent rarement à leur état de simplicité primitive, mais se compliquent, en général, d'accidents inflammatoires. Ces accidents ne doivent pas nous étonner, si on pense à la disposition de ces fistules et aux sécrétions qui s'y accumulent.

Le *siège* de ces fistules est aussi variable que celui des infundibula. On les rencontre aussi bien au niveau de la base du sacrum (cas de Terrillon, Wette, etc.), qu'au niveau de l'articulation sacro-coccygienne et même au niveau du coccyx. Les fistules sont borgnes externes et leur cul-de-sac reste médian ou se dévie latéralement. Leur longueur varie dans les différentes observations. En moyenne elles ont une longueur de 1 centimètre et atteignent rarement plusieurs centimètres (cas de Heurtaux). Wette cite un cas (Obs. LIII) où on trouva à 14 centimètres au-dessus de l'anus, dans le sillon interfessier, à la hauteur de la

deuxième vertèbre sacrée une fossette cutanée, située sur la ligne médiane et à laquelle faisait suite un trajet fistuleux qui, à travers une lacune se trouvant entre deux apophyses épineuses, pénètre jusque dans le canal sacré, où le trajet s'élargit pour former une poche kystique située en dehors de la dure-mère. M. Reclus a également relaté un cas (Obs. XXXIII) où le trajet plongeait entre le rectum et le sacrum ; mais la longueur inusitée de la fistule, sa direction et le fait que le sujet en question était sous le coup d'une tuberculose aiguë, sont autant de raisons pour que l'on soit obligé de garder une réserve prudente sur l'origine de cette fistule.

L'*orifice cutané* de la fistule présente les caractères que nous avons indiqués en décrivant l'infundibulum. Son diamètre peut varier de 1 à 4 millimètres, il peut même être plus petit encore. Quelquefois cet orifice prend des proportions considérables. Témoin le fait d'une femme dont parle M. Lannelongue, qui, chargée de prendre la température rectale de son mari, enfonçait le thermomètre dans une fistule coccygienne.

Couraoud divisait les fistules en fistules simples, fistules avec trajet plus considérable, fistules avec abcès périphérique, fistules avec kyste dermoïde.

Dans les fistules simples dont l'orifice ne diffère guère, comme nous l'avons dit, de celui des infundibula, le trajet peut être dirigé dans tous les sens, le plus souvent il est perpendiculaire au plan de la peau et se dirige plus ou moins profondément vers le coccyx. Tantôt il est oblique

en bas ou en haut, tantôt il semble se diriger vers les parties latérales.

Dans les cas où le trajet est plus considérable, l'accumulation de l'épiderme desquamé qui, dans les fistules simples, existait en petite quantité à cause de la surface minimale du trajet fistuleux, devient beaucoup plus abondante. Grâce à ce feutrage, grâce aussi à la présence dans ces fistules de poils (Warren, Heurtaux, Wendestadt, Graham, Page, Prochnow, etc.), et pour peu que l'orifice soit légèrement étroit, nous aurons l'infection du trajet, qui peut aller jusqu'à la suppuration. Que l'orifice cutané s'oblitére, que le pus ne puisse plus s'écouler au dehors, qu'il s'accumule ainsi dans le fond du cul-de-sac qu'il distend — et nous verrons alors se former des abcès qui s'ouvrent à l'extérieur et donnent naissance à des fistules consécutives ou même à des décollements assez étendus. « Ces fistules qui se développent ainsi par inflammation et ulcération de la peau, autour de l'orifice cutané primitif, diffèrent essentiellement des fistules congénitales que nous décrivons ; en effet, leurs bords déchiquetés et couverts de bourgeons sanieux contrastent singulièrement avec la netteté de contour de ces dernières » (Couraud).

Comme nous l'avons vu dans plusieurs observations (Heurtaux, Wendestadt, Wette, etc.), l'abcès provoqué ne siège habituellement pas sur la ligne médiane et les fistules secondaires — adventices (Heurtaux) — en sont souvent fort éloignées. L'abcès est habituellement latéral, probablement à cause de la moindre abondance des parties molles

dans la région des dernières vertèbres. La même raison nous expliquera peut être également ce fait que l'orifice adventice est presque toujours situé plus haut que l'orifice congénital. En effet, plus nous nous rapprochons de la pointe du coccyx, plus la peau y est adhérente.

Les bords des orifices de ces fistules secondaires, avons-nous dit, étaient presque toujours déchiquetés, enflammés, couverts de bourgeons charnus. Mais il y a des cas, où des ulcérations cutanées qui compliquent les vices de conformation de la région sacro-coccygienne, ne sont pas de nature purement inflammatoire. Dans son « *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale* » (p. 50), M. Kirrmisson cite le cas « d'une petite fille de vingt jours, bien conformée par ailleurs, qui présentait à la base du coccyx un infundibulum extrêmement prononcé et qui, en outre, au-dessus et au-dessous de cette malformation présentait une assez large ulcération de la peau qui, au dire de la mère, était déjà visible au moment de la naissance » (Obs. XII). D'après M. Kirrmisson on doit, peut être, attribuer cette ulcération à des adhérences anormales, ayant existé entre le fœtus et ses enveloppes, et donné naissance à des ulcérations analogues à celle que l'on observe parfois à la surface du spina-bifida.



Pathogénie

La fossette, l'infundibulum et la fistule de la région sacro-coccygienne ont une origine si commune qu'il est absolument impossible d'en séparer la description au point de vue de la pathogénie. Il nous suffira, en effet, de connaître la pathogénie de l'infundibulum pour comprendre du même coup la formation de la fistule qui n'est, en somme, qu'un degré plus avancé de cette malformation congénitale.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont unanimes à reconnaître l'origine congénitale de ces affections et c'est à l'embryologie que nous devons nous adresser pour nous rendre compte du mécanisme de leur production.

Nous ne parlerons que pour mémoire des théories émises par les premiers observateurs.

Kuhn, nous semble-t-il, fut le premier qui chercha à donner une explication de la formation de l'infundibulum coccygien. Dans sa lettre à la Société de Chirurgie, il dit :
« La conformation singulière de cette cicatrice et son ad-

hérence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal rachidien, permettent de supposer, non sans quelque raison, qu'elle est la trace d'une ancienne hydrorachis périphérique des premiers temps de la vie embryonnaire, ayant été ouverte et puis cicatrisée ».

Mason Warren explique la formation de ces vices de conformation par le développement exagéré d'un ou plusieurs poils qui se recourberaient dans l'intérieur du follicule pileux ; leur croissance continuant à se faire, il se formerait un écheveau qui amènerait, au bout d'un certain temps, l'inflammation du follicule entier. *Mason Warren* avait toujours rencontré des poils dans les cas qu'il avait observés ; il croyait devoir leur faire jouer le rôle de cause à effet ??

Terrillon, après avoir rapporté 3 observations de fistule haut placée, croit qu'il s'agit d'un spina-bifida à son plus faible degré de développement, à peine ébauché du côté de la peau. Le siège de l'affection, sa forme déprimée avec cavité, pourraient, dit-il, faire admettre la réalité de cette origine. La seule objection qu'on pourrait d'après cet auteur, faire à sa théorie serait le fait qu'il n'existe dans ce cas aucune anomalie apparente du squelette.

Féré. en 1878, publie le résultat de quelques recherches sur l'infundibulum coccygien et émet à cette occasion l'hypothèse que l'existence de cet infundibulum, ou de la fossette, beaucoup plus fréquente, pourrait bien être rattachée à la fermeture du canal rachidien, à la formation de l'ombilic postérieur. « Dans cette hypothèse, ajoute-t-il, cette fos-

sette aurait des liens de parenté avec les spina-bifida plus ou moins complets qu'on observe à la région inférieure de la colonne vertébrale. C'était, en somme, exprimer une hypothèse qui avait beaucoup d'analogie avec la théorie de M. Terrillon. Ce dernier revient du reste sur cette question dans la séance du 25 janvier 1882. « On sait, en effet, dit-il, que de même qu'il existe une soudure antérieure des lames vertébrales antérieures formant un ombilic antérieur, de même il doit y avoir en arrière une soudure des lames vertébrales postérieures aboutissant à un ombilic de la région correspondante. Le point de soudure postérieur est difficile à apprécier à cause de la rapidité avec laquelle elle s'effectue : cependant quelques auteurs n'hésitent pas à la placer vers la partie inférieure de la moelle plutôt que vers la partie supérieure comme on l'a cru pendant longtemps ; il correspondrait donc au point où se trouve la dépression que j'ai signalée. Enfin, la soudure ombilicale postérieure serait ordinairement invisible, car elle se fait sans intermédiaire et sans donner, comme l'antérieure, passage à des vaisseaux qui constituent à celle-ci une physiologie spéciale ».

M. Peyramaure-Duverdier, dans sa thèse de 1882, discute cette théorie de Féré et de Terrillon, théorie qui assimile l'infundibulum coccygien à la cicatrice de l'ombilic postérieur : Nous savons, en effet, que pour Féré les lames postérieures se réunissent sur la ligne médiane en un point qui sera momentanément l'ombilic postérieur, soudure qui se fait en deux points : la soudure supérieure donnant

naissance au tourbillon des cheveux et la soudure inférieure correspondant à la région sacrée. Or, la réunion des lames vertébrales se faisant sur la ligne médiane, comment arrivera-t-on à expliquer les fossettes et infundibula dont le siège se trouve sur les côtés du sillon médian et ne peuvent pas être, par conséquent, dus à un manque de soudure ?

En outre, dans la formation de l'ombilic antérieur ou de l'ombilic proprement dit, le défaut de soudure des lames ventrales a pour cause la présence du pédicule vitello-intestinal qui s'engage dans cette ouverture. Or, rien de pareil ne se produit sur la face convexe ou postérieure de l'embryon et si la soudure des lames vertébrales à ce niveau n'avait pas lieu, il en résulterait une communication de la peau avec le canal rachidien, c'est-à-dire un véritable spina-bifida. De plus, il faudrait, quand on se trouve en présence de plusieurs dépressions, multiplier autant de fois le nombre des ombilics.

Peyramaure-Duverdier et Couraud ne faisaient en somme que reprendre les idées que *M. Lannelongue* avaient exposées dans son remarquable rapport du 15 mars 1882 à la Société de chirurgie. Après avoir réfuté les idées de MM. Terrillon et Feré et de tous ceux, en général, qui veulent voir dans la formation de ces affections une analogie avec la production du spina-bifida et avec l'ombilic postérieur *M. Lannelongue* ajoute : « Ce n'est donc pas à un défaut de soudure des lames médullaires qu'on doit rapporter cette disposition, car, je le répète, ce défaut de soudure laisserait la peau en continuité directe avec la gouttière primitive de

l'embryon. Ne sait-on pas, en effet, que la gouttière médullaire résulte de la dépression du feuillet externe ou épidermique ; mais l'existence de cette gouttière est de courte durée, et elle est promptement transformée en canal par la soudure des lames médullaires latérales. A ce moment, le feuillet épidermique n'est plus inclus, il repose et adhère à ces lames. Dans une période plus avancée, apparaît la masse proto-vertébrale, au dépens de laquelle se forment les vertèbres. Celle-ci passe en arrière entre le canal vertébral et la lame épidermique, comme elle s'insinue en avant du canal médullaire. Or, au niveau du sacrum, cette masse proto-vertébrale ne ferme plus en bas le canal sacré, et d'autre part, il ne vient ensuite s'interposer que fort peu de parties molles en arrière, puisque la région est réduite à la peau et au squelette. Il en résulte que le feuillet superficiel, accolé plus tard au feuillet moyen, conserve des rapports plus étroits avec le squelette, et cela expliquerait d'une part la formation de dépressions plus ou moins profondes qu'on y rencontre ; en second lieu, la présence presque exclusive de cet état anatomique dans la région sacro-coccygienne ».

Cette théorie, admise par Peyrameau-Duverdier et Couraud et que son auteur reproduit dans son « Traité des kystes congénitaux » de 1886, où il dit, « que ces dépressions paraissent dépendre d'un trouble survenu dans le développement des lames dorsales de l'embryon et portant seulement sur les parties molles, au lieu de porter à la fois sur les parties molles et sur le squelette, comme dans le spina-

bifida », cette théorie, disons-nous, n'est en somme que l'application, à la région coccygienne, de la théorie générale de l'enclavement. M. Lannelongue, ainsi que ses élèves considèrent, en effet, les fossettes comme le résultat d'une invagination, d'un enclavement du feuillet externe du blastoderme, rattaché aux parties profondes par des adhérences celluleuses ou fibreuses. Mais ces adhérences celluleuses ou fibreuses, M. Lannelongue avoue lui-même ne les avoir jamais constatées dans les différentes dissections qu'il entreprit à ce sujet.

D'après *Wette*, « la pathogénie de ces dépressions et des fistules doit être recherchée dans l'histoire de l'évolution du canal médullaire. Ainsi que nous savons, celui-ci se forme par l'enclavement de l'ectoderme et il existe, au prime abord, une connexion entre la peau extérieure et le revêtement du canal, Cette connexion se trouve détruite par l'interposition des vertèbres osseuses développées aux dépens du mésoderme. Supposons une persistance de ces connexions ; admettons une activité moindre dans l'évolution des lames dorsales, dermo-musculaires que dans celle de la peau invaginée, qui a déjà commencé à manifester sa force spécifique (produisant épithélium corné, glandes, poils), avant que la séparation soit opérée entre l'épiderme et le névraxe: il devient dès lors facile de saisir la formation des fossettes et fistules sacro-coccygiennes. On comprend aussi que, dans tel cas, nous ayons affaire à une simple invagination de l'ectoderme, encore réduit à ses éléments primitifs, que dans tel autre, nous rencontrions sous le

microscope une peau déjà parvenue à son stade de développement parfait. » En insistant ainsi sur l'occlusion tardive du canal médullaire à sa partie inférieure et sur l'union primitive de l'épiderme et de l'épithélium neural par des trainées cellulaires, qui se trouvent détruites par l'interposition des vertèbres, Wette adopte donc en grande partie la manière de voir de M. Lannelongue.

Wendelstadt, dans sa thèse de Bonn de 1885, s'efforce de concilier les résultats opposés obtenus par Lannelongue et Féré dans leurs dissections concernant les adhérences fibreuses qui existeraient entre la peau de l'infundibulum et le squelette, et émet lui aussi une hypothèse toute théorique pour expliquer la formation de ces vices de conformation qui ne seraient, d'après lui, que le résultat de l'occlusion défectueuse du sillon primitif. Malheureusement cet auteur n'apporte pas le moindre fait anatomique, ni la moindre constatation embryologique à l'appui de sa théorie.

En signalant, en 1877, au Congrès de Dublin dans son compte-rendu sur les fistules de la région ano-coccygienne, l'existence de la fossette coccygienne, *Larson Tait* émet l'opinion qu'elle serait due à la trace de la queue dont l'homme aurait jadis été pourvu.

Cette question de l'existence d'une queue rudimentaire dans l'espèce humaine a été vivement discutée et a fait l'objet de nombreuses publications de la part des embryologistes. C'est surtout grâce aux travaux d'Ecker et de His que nous savons que l'embryon humain de la première

moitié du deuxième mois (embryon de 8 à 15 millimètres) possède une véritable queue sous forme d'un prolongement conique débordant en arrière le cloaque et recourbé en avant et en haut vers la face ventrale. Cet appendice caudal serait composé de deux parties : une partie osseuse formée par des vertèbres et une partie molle formée par des téguments. Le segment dépourvu de vertèbres contiendrait la portion terminale de la corde dorsale et du canal médullaire. Ce serait l'analogue du filament caudal (Schwanzfaden) des mammifères de Braun issu du nodule caudal (Schwanzknöpfchen).

La persistance chez certains peuples de véritables queues molles et de divers appendices de la région caudale, dont l'existence a été attribuée à la persistance anormale de ce filament caudal, semble limiter en faveur de cette opinion, confirmée par les recherches de Fol et de Phisalix qui, en apportant de nouveaux éléments, ont fourni une éclatante démonstration de l'existence de la queue chez l'embryon humain. Ces auteurs ont montré que l'embryon humain de 8 à 9 millimètres possède 38 vertèbres. A l'âge de 6 semaines, mesurant 12 millimètres, les trois dernières vertèbres sont confondues et à la septième semaine (19 millimètres) il n'y a plus que 34 vertèbres. Chez un enfant de cinq mois Freund (Virchow's Arch., 1886) a trouvé un coccyx à 5 vertèbres répondant à la base d'implantation d'un appendice caudal mou. D'autres observateurs ont cité des cas analogues.

Le segment vertébral de la queue de l'homme qui con-

tient les vertèbres coccygiennes ou caudales, s'atténue graduellement, mais la saillie qu'il détermine à la partie inférieure du tronc reste appréciable jusqu'au cinquième mois de la vie fœtale. C'est Ecker qui dans ses « *Icones physiologicae* » de 1859, donne à cette saillie le nom d'*éminence coccygienne*. Et c'est l'étude des modifications subies par ce vestige de la queue de l'embryon humain qui permettra à Ecker d'édifier une théorie, basée sur des constatations embryologiques pour expliquer les différentes malformations — fossettes, fistules et kystes — de la région sacro-coccygienne.

C'est en faisant des recherches sur le développement du système pileux dans la région sacrée que l'attention d'Ecker fut attirée sur les malformations qui nous occupent. Comme nous l'avons dit plus haut, l'appendice caudiforme de l'embryon humain s'atrophie peu à peu et fait place à l'éminence coccygienne (*Steisshöcker*) qui, elle a son tour, disparaît peu à peu grâce, d'une part, à l'incurvation du coccyx en avant et, d'autre part, grâce au développement de la région fessière. D'après Ecker, on voit toujours se former sur la peau qui garnit l'extrême pointe de cette éminence un tourbillon de poils ou « *vertex coccygeus* » (*Steisshaarwirbel*).

En outre, Ecker constata une autre particularité : Audessus de ce tourbillon de poils il constata la présence d'une petite zone absolument lisse et dépourvue de poils. Cette zone à laquelle il donna le nom de « *glabella coccygea* » se trouve habituellement au niveau de la dernière

vertèbre sacrée ou de la première vertèbre coccygienne, à un endroit, par conséquent, qui correspondrait à l'extrémité inférieure du canal sacré. Cette zone lisse et glabre est surtout visible au moment où le revêtement pileux du fœtus est bien développé. La dimension de la glabella est très variable ; parfois très petite, il y a des cas où elle fait totalement défaut. Cette zone ne se distingue pas seulement par l'absence de poils, mais aussi par une minceur plus grande de la peau et une vascularisation plus riche. Chez des fœtus de 4 à 7 mois on voit souvent de grands réseaux capillaires traverser cette région. Ecker se demande si ces vaisseaux ne sont pas en rapport avec les vaisseaux du canal sacré et si on ne doit pas, en se basant sur la topographie de la glabella et la fermeture de l'extrémité inférieure du canal sacré par une couche de peau très mince, considérer la glabella comme une espèce de fontanelle inférieure, c'est-à-dire le point d'occlusion le plus tardif du canal vertébral.

Waldeyer insiste également sur la présence du *vertex coccygeus* et Peyramaure-Duverdier note, que dans les cas où la fossette coccygienne est absente on trouve parfois, chez les enfants, un point distinct par sa coloration.

Wette, Madelung et d'autres auteurs insistent sur l'aspect cicatriciel de la peau en un point qui correspondrait à celui où Ecker place sa *glabella coccygea*.

Cette zone glabre ne reste pas toujours à son état primitif. Souvent on en voit une partie, dans la plupart des cas la partie inférieure se transformer en une fossette, la

« fossette coccygienne » (*foveola coccygea*). Cette malformation est celle qui apparaît le plus tardivement, mais c'est également la seule qui persiste, ce qui explique peut-être qu'elle ait tout d'abord frappé les observateurs. D'après Ecker deux particularités anatomiques doivent surtout être envisagées pour expliquer la formation de l'infundibulum coccygien : d'une part, le ligament caudal élastico-vasculo-conjonctif, qui rattache la glabella à la pointe du coccyx, d'autre part la direction, chez le fœtus, du coccyx. Cette direction est à ce moment beaucoup plus verticale, et il est probable que, plus tard, quand apparaît la courbure sacro-coccygienne, le ligament caudal déprime en entonnoir la peau de la glabella coccygea.

L'opinion d'Ecker sert de point de départ à *Tourneux* et *Herrmann* qui, dans un travail important, publié en 1887, dans le « Journal de l'Anatomie et de la Physiologie », montrent par des coupes pratiquées sur des embryons aux diverses périodes de la gestation que les malformations qui nous occupent ont pour cause dans leur formation la persistance des vestiges coccygiens de la moelle. Nous ne pourrions mieux faire que de citer les conclusions de leur travail :

« 1° Au commencement du troisième mois lunaire de la vie fœtale (fœtus 37 millimètres), le tube médullaire se prolonge en bas jusqu'à l'extrémité de la colonne vertébrale, dans l'éminence coccygienne ; son segment terminal répondant à la dernière vertèbre du coccyx, est légèrement renflé et contracte des adhérences par sa face postérieure avec les couches profondes de la peau.

2^b Vers la fin du même mois, la colonne vertébrale, se développant plus rapidement que les parties molles, entraîne avec elle la partie atténante du tube médullaire, dont l'extrémité continue à adhérer au tégument externe. Il résulte de cette inégalité de croissance que la portion terminale ou coccygienne du névraxe se recourbe et décrit une anse, dont la branche profonde est en rapport avec la face dorsale des vertèbres coccygiennes (*segment coccygien direct*) et dont la branche postérieure se dirige obliquement de bas en haut et d'avant en arrière (*segment coccygien réfléchi*).

3° Dans le courant du quatrième mois, le segment coccygien direct s'atrophie et disparaît, le segment dorsal ou réfléchi continue à évoluer : nous proposons de donner aux amas cellulaires qui le constituent le nom de *vestiges coccygiens* du tube médullaire.

4° C'est pendant le cinquième mois lunaire que ces vestiges médullaires coccygiens atteignent leur maximum de développement (foetus 13,5/20 et 16/23,5 centimètres) ; ils sont constitués par des cordons ou des amas de petites cellules sphériques ou polyédriques, creusés d'excavations irrégulières que limite une couche de cellules prismatiques, polyédriques ou pavimenteuses suivant les points envisagés. Des faisceaux de fibres lamineuses les rattachent à l'extrémité du coccyx. »

Ces faisceaux de fibres lamineuses qui accompagnent les vestiges coccygiens et unissent le coccyx au fond de la dépression ont reçu de Luschka et Ecker le nom de *ligamen-*

tum caudale et paraissent jouer un rôle prépondérant dans la formation de la fossette coccygienne. Il arrive, en effet, un moment où l'embryon dont l'extrémité inférieure du tronc était recourbée en avant, subit une modification sensible dans sa forme générale. Ce redressement de l'embryon s'effectue non point tant par la courbure de sa portion osseuse que par le développement exagéré des parties molles (pannicule adipeux, muscles, etc.) et provoque un effacement de l'éminence coccygienne, d'où une dépression circulaire ou allongée, la *fossette coccygienne* de Roser, la *foveola coccygea* des Allemands. C'est pendant le cinquième mois de la vie intra-utérine que se fait cette évolution. La peau, située en regard des vestiges coccygiens, reste fixée à la pointe du coccyx. Cette fixation se fait non point, comme le veulent M. Lannelongue et ses élèves, parce que le feuillet épidermique, par suite d'un manque de développement des parties sous-jacentes, contracte des adhérences, mais bien grâce à la présence de ces faisceaux lamineux, de ce ligament caudal de Luschka et Ecker, qui, partant de la pointe du coccyx, s'épanouit à la face profonde de l'épiderme au niveau de la fossette formée. Si les vestiges au lieu de s'accroître s'atrophient, se condensent, ils formeront des tractus fibreux et expliqueront les adhérences qui se produiront à la face interne de l'épiderme qui, au moment où les parties molles évolueront, restera fixé au squelette. On verra alors se former une dépression ou un infundibulum, voire même une fistule, suivant le degré de vice de conformation.

Telle est l'opinion de Tourneux et Herrmann, qui fut confirmée par les recherches embryologiques de Mallory qui publie les résultats obtenus dans un article paru dans l'« American Journal of med. sciences » de 1892.

Stolper, dans un travail important sur les tumeurs de la région sacrée, s'occupe également de la pathogénie des fistules et kystes sacro-coccygiens, dont il cite plusieurs cas. Il adopte également la théorie d'Ecker, modifiée et développée par Tourneux et Herrmann, mais il insiste tout spécialement sur les conditions d'accroissement qui accompagnent l'apparition et la disparition des vestiges coccygiens. Il attire également l'attention sur le rôle important que joue le *ligamentum caudale* dans la formation des *foveola coccygeae*. « Même en supposant, dit-il, que la masse nerveuse extra-vertébrale disparaisse physiologiquement pendant la vie extra-utérine, on peut admettre que la continuation de l'accroissement bilatéral du tissu conjonctif puisse suffire pour produire des dépressions qui, grâce à l'épiderme débordant, se transformeront ensuite en trajets canaliculés. Cela est d'autant plus probable, que les vestiges médullaires atteignent le maximum de leur développement au commencement du 5^e mois et disparaissent à partir du 6^e mois. »

L'existence du ligament caudal de Luschka et Ecker nous permet en outre de nous rendre compte de certaines particularités. Supposons, en effet, que parmi les faisceaux lamineux de ce ligament les uns persistent, tandis que d'autres s'atrophient et nous pourrions nous expliquer la

possibilité de l'apparition des fossettes en nombre multiple et également le siège un peu variable de ces malformations.

Maintenant que nous connaissons le mode de formation de l'infundibulum sacro-coccygien, il nous sera facile de nous rendre compte du passage de cet infundibulum à l'état de fistule. Supposons, en effet, les bords de la fossette très rapprochés, son orifice rétréci, obstrué, soit par des débris épithéliaux, soit par des matières sebacées, soit par des matières ou des poussières organiques quelconques, qu'à cela s'ajoute encore un écoulement séreux ou séropurulent — et la fistule est créée.

La présence de poils chez certains individus au système pileux très développé peut donner naissance à une irritation continuelle qui finira par provoquer l'inflammation de la dépression située à peu de distance. Si le trajet, au lieu d'être perpendiculaire, est oblique, les poils ayant une tendance à se coucher sur la région pénétreront dans l'orifice et permettront ainsi, par leur irritation continuelle, à l'inflammation de se développer. Cette inflammation du trajet fistuleux s'explique d'autant mieux que la région interfessière est le siège fréquent d'erythèmes ou d'inflammations superficielles. La malpropreté influe sur l'inflammation des infundibula aussi bien que leur constitution anatomique. On assiste ici, en somme, à un travail inflammatoire analogue à celui qui se passe au niveau de l'ombilic chez certains sujets, quand par suite de malpropreté, d'accumulation de matières organiques, poussières

ou déchets, se forment les abcès péri-ombilicaux et les fistules péri-ombilicales.

Après ce long exposé des différentes théories, si nous voulions émettre, avec timidité, une opinion personnelle, suscitée par tous ces travaux, nous dirions :

Il y a deux espèces de fistules, différentes comme siège, qui reconnaissent une pathogénie dissemblable.

Les fistules supérieures — sacrées et lombo-sacrées — sont liées à l'évolution du canal neural. Elles se forment aux dépens des débris qui sont restés inclus lors de l'évolution de ce segment médullaire.

Par contre les fistules inférieures sont beaucoup plus faciles à comprendre : Elles sont dues à l'inclusion de tégu-ments au moment de la régression de la saillie caudale ; il se passe au niveau du coccyx ce qui se passe au niveau des arcs branchiaux ; ce sont les mêmes inclusions, les mêmes kystes, les mêmes fistules.



Etiologie

Les affections qui nous occupent — les dépressions et fistules de la région sacro-coccygienne — sont, comme nous l'avons vu, de nature congénitale. Le mot « congénital » n'implique pas la constatation de ces malformations toujours au moment de la naissance. La condition déterminante de leur formation existe dès la vie intra-utérine, mais le trouble de développement qui les fait apparaître, peut ne se produire qu'après un temps plus ou moins long. Aussi les retrouvons-nous aussi bien dans l'âge adulte que dans l'âge le plus tendre.

Fréquence. — Signalées pour la première fois, ainsi que nous l'avons dit, par Roser, les dépressions coccygiennes ont été considérées comme des curiosités. Tandis que Luschka prétend les avoir vues à maintes reprises et chez des enfants nouveau-nés et chez des adultes, Hyrtl dit les avoir rencontrées exclusivement chez les premiers. D'après Kuhn on les trouverait chez un tiers des enfants et Desprès les croyait même constantes chez le nouveau-né.

Ce chiffre paraît exagéré et celui donné par Lannelongue

qui sur 130 enfants examinés trouva la dépression 95 fois, paraît être la moyenne constatée par les différents auteurs. Heurtaux s'élève également contre le chiffre donné par Desprès et dit qu'on remarque en effet chez un grand nombre d'enfants, mais non chez tous, une dépression conique ou froncée ressemblant presque à une cicatrice et occupant la région coccygienne. D'après cet auteur elles disparaissent quelques semaines après la naissance, tandis que M. Lannelongue affirme qu'elles sont beaucoup plus nombreuses chez les sujets à partir de la quatrième année. Rieffel, qui a examiné une grande quantité de sujets vivants ou morts, dit avoir constaté la dépression sus- ou sous-coccygienne 45 à 50 fois sur 100 ; elles manqueraient un peu moins chez l'enfant que chez l'adulte, mais leurs caractères ne se modifieraient guère avec l'âge.

Les auteurs ne sont pas plus d'accord quant au *sexe* qui paraît présenter de préférence cette malformation. Lawson Tait avait remarqué chez beaucoup de femmes de son hôpital cette petite dépression. Sa statistique, basée sur l'examen de plusieurs centaines de femmes, donne les chiffres suivants : 55 pour 100 des femmes examinées ne présentaient aucune dépression, chez 22 pour 100 elle était faiblement exprimée et chez 23 pour 100 la dépression était fortement accentuée. L'âge moyen des femmes chez lesquelles la dépression était fortement accentuée était de 32 ans, celui des femmes chez lesquels elle n'était presque pas visible était de 45. Lawson Tait conclut

que cette anomalie doit avoir une tendance à disparaître avec l'âge.

Ecker contrôle les chiffres donnés par Lawson-Tait et arrive au même résultat. Il nous donne également le résultat des recherches du Dr Schuele d'Ilenau qui, sur 88 hommes examinés trouva la fossette coccygienne 5 fois très accentuée et 16 fois plus ou moins nette.

D'après plusieurs auteurs ces anomalies seraient souvent accompagnées d'autres *malformations* congénitales. Kuhn prétend les avoir constatées surtout chez des sujets qui naissent avec des difformités musculaires des membres inférieurs, d'après Kirmisson elles seraient plus communes chez les enfants atteints de pieds bots. Peyramaure-Duverdier et Wendelstadt citent des cas où la dépression sacro-coccygienne existait chez des sujets affectés en outre d'un bec-de-lièvre, ou de malformations du pavillon de l'oreille. Dans un cas de Wendelstadt il existait en outre d'un infundibulum, un spina-bifida lombaire et un mal perforant plantaire. Pozzi cite le cas d'un homme auquel il fit une résection de côtes et chez lequel il observa un appendice caudal renfermant un squelette osseux, en même temps qu'il existait vers la partie inférieure du sacrum une dépression cutanée ressemblant à un petit ombilic et d'origine congénitale. Dans un cas de Féré, on rencontre cette malformation avec un cloisonnement de la cavité abdominale et un utérus et un vagin doubles. Pouthiou-Lavielle rapporte le cas d'une petite fille de huit mois chez laquelle, en outre d'une dépression sacro-coccygienne très marquée,

il existe une imperforation de l'anus et communication entre le vagin et le rectum.

Quand aux infundibula et, à plus forte raison, aux trajets fistuleux qui, en somme, ne sont que des fossettes exagérées ou modifiées, ils sont infiniment plus rares. Heurtaux ayant examiné 960 personnes ne trouve que 42 infundibula. Wette d'Iéna sur 15,000 malades qui, dans le courant de 6 ans, ont passé par la clinique chirurgicale d'Iéna n'a eu à intervenir que 7 fois pour des fistules de la région sacro-coccygienne, ce qui, d'après cet auteur, donnerait environ 1 cas sur 2,000 malades.

L'infundibulum profond est-il, comme le suppose Féré, plus commun chez les jeunes enfants? Heurtaux s'élève contre cette hypothèse. D'après lui l'âge n'exercerait sur l'existence et l'aspect de cette malformation aucune influence marquée. Ce petit vice de conformation, lorsqu'il existe chez l'enfant, ne disparaîtrait pas au moment de l'accroissement et se retrouverait chez l'adulte avec les caractères qu'il avait dans son origine. Quant au sexe, on observerait l'infundibulum et la fistule 8 fois sur 10 chez la femme (Terrillon), opinion combattue par Schwartz. Sur les 42 cas observés par Heurtaux il s'agissait 29 fois d'hommes et 13 fois de femmes.

Tous ces vices de conformation ont quelquefois pu être considérés comme *héréditaires*. Lawson Tait cite le cas d'une femme qui présentait un infundibulum para-coccygien très développé. Tous les enfants de cette femme présentaient le même vice de conformation. Chez trois de ces

enfants (des filles) la fossette était très développée et chez une quatrième, âgée de 8 ans, la dépression atteignait une profondeur d'un centimètre et son orifice extérieur un diamètre de 13 millimètres. Madelung cite le cas d'un homme (Obs. XXXIV) dont les trois frères et le fils, âgé de 4 ans, étaient également porteurs d'une dépression coccygienne. Ecker cite des cas analogues et Godin présente en 1897, à la Société de Biologie, une observation (Obs. LX) concernant la transmission héréditaire d'une fistule sacro-coccygienne du grand-père à ses deux petits-enfants. A côté de l'hérédité on peut faire jouer un certain rôle à la *consanguinité* (Obs. XXIII et XXVI)

Symptomatologie

Les fossettes et infundibula ne traduisent leur existence par aucun symptôme aussi longtemps qu'ils ne sont pas le siège d'accidents inflammatoires. Leur intérêt clinique est donc nul. Mais il n'en est pas de même des fistules. Aussi allons-nous étudier les symptômes de ces affections, afin de pouvoir porter un diagnostic exact de ces lésions et ne point les confondre avec celles qu'on peut rencontrer au niveau de la région qui nous occupe.

Le malade porteur d'une fistule peut l'ignorer et venir à propos d'une autre maladie réclamer les soins du médecin, du moins méconnaîtra-t-il presque toujours la nature de la lésion dont il est affecté.

Dans certains cas, les symptômes physiques se traduisent par une douleur au niveau de la région, douleurs spontanée ou provoquée. La douleur spontanée est rare ; le malade ressent plutôt des démangeaisons, des fourmillements indiquant un état inflammatoire de la région. D'autres fois, plus rarement il est vrai, les fistules s'accompagnent de douleurs très vives s'irradiant soit vers les lombes, soit

vers les fesses et les cuisses (Obs. XXII et LIII). Cette douleur se traduit quand le malade fait des mouvements, ou se livre à des exercices violents, des marches exagérées.

Dans d'autres cas l'attention du malade ne sera attirée sur l'affection dont il est porteur que par l'apparition de taches séro-purulentes sur son linge. Les fistulettes ne donnent lieu d'habitude, surtout chez les personnes soigneuses, qu'à un léger suintement. Mais que le trajet fistuleux devienne plus considérable et l'écoulement du pus deviendra plus abondant, produisant une gêne continuelle et des démangeaisons. L'issue du pus par l'orifice fistuleux est presque constante, ou bien elle est intermittente ; la poche se vide d'une seule fois et ne s'ouvrira qu'un mois, plusieurs mois plus tard. La réouverture de la poche est d'habitude précédée de douleurs assez vives qui se calment complètement par l'évacuation du pus.

Quand il se fait dans l'intérieur des fistules une accumulation de matière sébacée, de cristaux, de cholestérine, de graisse, d'épithélium desquamé, l'orifice s'oblitére souvent, l'inflammation augmente et nous assistons alors à la formation d'abcès à répétition, d'ulcérations cutanées, de trajets fistuleux secondaires qui communiqueront ou non les uns avec les autres et avec la fistule congénitale primitive. Des décollements assez vastes ont dans certains cas été le résultat de ces propagations purulentes ; des adénites inguinales ont été également signalées (obs. LXVI).

L'inspection nous permettra de nous rendre compte de l'étendue des lésions et de leur siège exact. Nous devons

également apprécier les différences de coloration, de structure apparente de la peau, des plicatures qu'elle pourra présenter.

Ce qui nous frappera souvent sera le changement de coloration des téguments : la peau de la région peut présenter de la rougeur hyperémique ou ecchymotique. L'orifice de la fistule plus ou moins étroit, généralement arrondi, sillonné de plis à sa surface, est constitué normalement par de la peau saine qui s'enfonce dans le trajet fistuleux. Nous trouverons souvent, comme nous l'avons dit plus haut, des orifices multiples, mais nous reviendrons au chapitre du diagnostic sur les caractères distinctifs qu'ils présentent.

Il faudra aussi rechercher la mobilité de la peau. Nous savons en effet qu'elle peut dans certains cas être notablement diminuée, parfois même complètement diminuée.

L'exploration par le stylet est plus ou moins facile suivant la dimension de l'orifice. Le stylet nous montrera la direction de la fistule, sa longueur, sa forme, la présence de matières organiques et quelquefois de poils, la consistance des parois et du fond, la régularité et l'irrégularité du trajet et les diverses communications qu'il peut avoir avec les parties voisines. Il ne nous mènera pas sur une surface osseuse dénudée et cette exploration nous sera souvent d'un grand secours pour pouvoir établir le diagnostic différentiel avec les autres fistules de la région sacro-coccygienne.

Diagnostic

La fossette et l'infundibulum ont des caractères si nets et si tranchés qu'il est absolument impossible de les confondre avec toute autre affection de cette région : leur aspect, tant au point de vue de la coloration de la peau, qu'au point de vue de leur forme, leur adhérence aux parties profondes, sont autant de signes certains.

L'infundibulum s'enflammant, nous l'avons vu, donne lieu à un cortège symptomatique bien net. Il produit de la douleur au niveau de la région et donne issue à une quantité de pus plus ou moins considérable qui attire souvent ainsi l'attention du malade.

Il s'agira alors de savoir si ces symptômes doivent être mis sur le compte de la fistule, ou doivent être attribués à une cause étrangère. L'inflammation peut se produire en effet au cours d'une maladie infectieuse, à la suite d'une lymphangite, d'ostéo-périostite, d'ostéite, de ganglions suppurés. L'inflammation peut également être la conséquence d'un traumatisme et donner lieu à la formation d'un phlegmon circonscrit. La collection purulente se fera

jour et provoquera des fistules. On comprend que, dans ces conditions, l'aspect initial de l'infundibulum ou de la fistule congénitale primitive soit modifié et qu'on soit parfois embarrassé pour porter un diagnostic précis, quand les commémoratifs font défaut. On a pu surtout confondre ces fistules de naissance avec des fistules ostéopathiques et avec des fistules anales.

Les **fistules ostéopathiques** seront reconnues à leur évolution spéciale, à l'existence antérieure de quelque affection osseuse, comme, par exemple, une ostéomyélite, à la direction que prend la sonde qui les explore, à la constatation d'un point douloureux spécial sur quelque os du voisinage, coccyx, sacrum ou ischion, à l'expulsion de quelque poussière osseuse ou enfin, signe capital, pathognomonique, à la découverte par le stylet enfoncé dans le trajet malade de quelque point osseux dénudé.

Quant à la **fistule anale**, son orifice est souvent un peu saillant et forme une espèce de papule; quelquefois c'est une simple petite fente, sans relief, sans changement à la peau. Souvent même la sortie du pus sous l'influence de la pression du doigt, en démontre seule l'existence. Si la fistule est complète, par l'introduction d'un stylet, nous pourrions pénétrer dans la cavité rectale et confirmer le diagnostic en allant, par le toucher rectal, sentir la pointe du stylet se mouvant dans la cavité; si la fistule est incomplète, à travers la muqueuse, nous pourrions sentir encore la pointe de l'instrument. L'examen au speculum ani nous montrera aussi l'orifice et les lésions de la muqueuse; l'in-

jection de matières colorées, d'encre, de vin, de lait, poussées dans le trajet, compléteront l'examen. Le linge du malade sera souvent souillé de pus, mais de pus mélangé de matières fécales. Le malade présentera une grande douleur quand il ira à la selle.

L'examen du pus devra être fait dans les cas difficiles. Il nous permettra en effet de constater la présence de poils, d'épithélium pavimenteux corné et graisseux dans les cas de fistules congénitales.

Dans les cas où il y a des orifices multiples, on reconnaît souvent que l'un d'eux, l'orifice congénital, est médian, lisse, tapissé de peau normale qui se continue sans bourrelets avec celle de la région circonvoisine, et qui diffère ainsi des autres ouvertures qui ont la forme ordinaire, avec bourrelet rouge, de toutes les fistules inflammatoires.

Si la suppuration est la conséquence d'un kyste dermoïde enflammé, on aura une tuméfaction, de la douleur, et le siège sera exactement médian dans le pli fessier. Le stylet démontre l'existence d'une cavité, d'une poche membraneuse, sans qu'il touche le squelette. Dans le cas de fistule d'origine, de dépression congénitale profonde, le trajet ne se dirige pas forcément vers la ligne médiane quand elle est située latéralement, et son parcours n'est pas flexueux comme souvent l'est celui de la fistule kystique.

La présence d'une fistule conséquence d'une gomme syphilitique ulcérée pourrait induire en erreur. Mais les antécédents du malade, l'évolution silencieuse de la gomme, la présence de cicatrices caractéristiques sur les différentes

parties du corps, le changement de coloration du tégument, la forme de l'ulcère taillé à pic, à bords épais, mal bourgeonnant, humecté par une faible quantité de pus, l'exploration par le stylet, dans les cas où la lésion est d'origine osseuse et qui nous mènera sur une surface osseuse déchiquetée et enfin les résultats obtenus par l'institution du traitement spécifique, nous permettent d'affirmer le caractère spécifique de la lésion.

M. Verneuil rapporte un cas de fistule sacrée consécutive à un abcès et donnant issue au liquide céphalo-rachidien. La suppuration semblait y être née sous le périoste au niveau du troisième trou sacré postérieur qu'on trouvait dilaté et à bords rugueux, et elle semble, tout en marchant en bas vers la peau, avoir atteint en haut et perforé le cul-de-sac terminal inférieur des méninges rachidiennes, d'où l'issue du liquide céphalo-rachidien. Dans ce cas il y avait des symptômes névropathiques; une pseudo-sciatique par irritation du plexus sacré et des accès espacés d'état stertoreux et comateux. L'abondance d'une part, et l'examen d'autre part, microscopique et chimique, du liquide qui s'écoulait, permirent seuls d'arriver au diagnostic.

Mais même dans des cas où la fistule était simple et ne s'accompagnait d'aucun symptôme inflammatoire, des erreurs ont pu être commises. Dans beaucoup de cas on a pris pour l'orifice anal une simple dépression coccygienne ou l'ouverture extérieure d'une large et profonde fistule. Dans notre chapitre d'anatomie pathologique nous avons relaté le fait curieux observé par M. Lannelongue et nous

lisons à ce sujet dans l'article de Madelung sur les *foveolae coccygeae* : « Je dois également mentionner que mon collègue Schatz, dont l'attention a été attirée sur les infundibula cutanés de la région coccygienne, m'a raconté qu'il lui est souvent arrivé de voir, dans des présentations du siège, des étudiants se tromper sur le sexe de l'enfant et diagnostiquer une fille à la place d'un garçon, en prenant la dépression coccygienne pour l'anus et celui-ci pour l'orifice vulvaire. »



Pronostic et Traitement

Que deviendront ces infundibula et ces fistules dont nous venons de faire l'étude ? Ainsi que nous l'avons vu dans nos chapitres de la symptomatologie et de la pathogénie, ces affections apporteront plutôt une gêne — continue, il est vrai, parfois — qu'un danger pour ceux qui en sont porteurs.

Quand l'infundibulum ou le trajet fistuleux s'est enflammé, grâce au contenu qui s'accumule dans leur intérieur, quand les symptômes dont nous avons parlé dans nos chapitres précédents sont survenus, le malade viendra consulter le médecin qui devra appliquer un traitement proportionnel à la gravité du cas.

Le traitement sera nul dans les cas d'infundibulum léger, quelques soins de propreté suffiront pour délivrer le malade des inconvénients légers qu'il ressentira dans des cas où il s'agira plutôt d'inflammations, d'irritations consécutives à des manques de propreté ou à des maladies cutanées quelconques (eczéma, érythème) qui viennent s'ajouter à l'infundibulum (Obs. XXXIV).

Dans d'autres cas, des soins antiseptiques, le grattage à la curette tranchante, les cautérisations au thermo- ou au galvano-cautère seront suffisants. Jamais les injections de teinture d'iode ou d'une solution de nitrate d'argent n'ont donné de bons résultats durables.

Mais dans les cas graves où la fistule à long trajet est constituée, où l'excrétion des matières épithéliales et graisseuses et l'écoulement du pus se font d'une façon continue, où la douleur est vive ; ou dans les cas si fréquents où après une intervention insuffisante quelconque, une récurrence a eu lieu, dans ces cas ce serait exposer le malade fatalement à perdre des semaines et des mois en soins inefficaces que de vouloir se contenter de ces traitements insuffisants.

La véritable méthode thérapeutique, la seule qui mette à coup sûr à l'abri d'une récurrence, c'est la cure radicale avec extirpation complète et minutieuse du trajet fistuleux. Plusieurs auteurs conseillent même d'enlever le tissu dense par lequel adhère si souvent le trajet au squelette. Dans plusieurs cas, pour obvier à toute chance de récurrence, Wette a même enlevé de petits fragments d'os.

Facile dans la plupart des cas, l'opération peut présenter certaines difficultés, lorsqu'on se trouve en présence de plusieurs fistules aboutissant à la peau à des distances différentes les unes des autres, ou quand les fistules remontent très haut. On peut alors être amené à faire d'assez grands délabrements, qui s'opposent à la réunion par première intention de la plaie. Dans ces cas où nous aurons à faire

à des ouvertures multiples, on commencera d'abord à bien délimiter la profondeur, la direction des trajets fistuleux : quand nous en connaissons la situation exacte, nous circonscrirons, à l'aide d'un bistouri, par deux incisions demi-elliptiques, une portion de peau comprenant les orifices et la portion des parties molles où se trouvent les trajets fistuleux. Nous disséquons ensuite avec soin, de manière à ne point laisser de parois fistuleuses qui, par une récurrence, pourraient compromettre le succès de l'opération.

Si on est sûr d'avoir opéré aseptiquement, en tissu sain, on devra faire une réunion totale immédiate. Mais si on a opéré une fistule infectée, si on redoute de n'avoir pas dépassé la zone des microbes, on devra drainer avec soin.

Si on était appelé pour des accidents plus aigus, en présence d'un abcès formé autour d'une fistule, on se contenterait d'inciser et on laisserait la réunion se faire secondairement.



Observations

OBSERVATION I (Personnelle)

Eugénie L.... 22 ans, ménagère, entre le 15 décembre 1900, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Ricard) salle Gosselin, n° 7, pour un abcès de la région anale.

Depuis son enfance elle avait eu en arrière de l'anus une petite tumeur du volume d'un noyau de cerise, dure, mobile et qui ne la faisait aucunement souffrir.

Il y a 6 mois, elle accoucha d'un enfant à terme. L'accouchement eut lieu chez elle. Elle eut une phlébite assez grave ; ses deux jambes furent prises.

Deux mois après le début de la phlébite, il se développa un abcès au niveau de la région fessière, siégeant au niveau de l'anus, en avant du coccyx. La malade dit qu'il était très gros. Un médecin l'incisa et il s'écoula une grande quantité de pus. L'abcès ne se referma pas, et le pus continuait à s'écouler en quantité variable.

La malade guérit de sa phlébite, mais la fistule suintait toujours un peu ; la malade n'était pas obligée de se garnir. Elle reprit ses occupations de ménagère. Mais sous l'influence d'une nouvelle poussée elle se décida à venir consulter un chirurgien et fut reçue dans le service de M. Ricard.

A l'inspection on aperçoit un orifice siégeant à 1 centimètre en avant du coccyx, arrondi, peu étendu. La peau du voisinage est saine. L'orifice ne repose pas sur une tuméfaction.

Un stylet introduit le montre profond de 1 centimètres. Le sty-

let se dirige directement en haut sur la face antérieure du coccyx. On ne rencontre pas d'os dénudé. La fistule est peu volumineuse, elle admet juste le passage d'une sonde cannelée, mais on reconnaît qu'il existe à la partie supérieure une cavité.

L'opération est décidée et pratiquée le 17 décembre.

L'orifice cutané est circonscrit par une incision circulaire. Un stylet introduit dans la cavité indique la direction du trajet. La fistule est largement enlevée, on taille en pleine graisse de la fosse ischio-rectale. La masse est disséquée de bas en haut. Le stylet en indique l'extrémité supérieure. Quand on arrive en haut, on voit que la fistule est accolée à la face antérieure du coccyx : la 2^e pièce du coccyx est enlevée avec la fistule, mais la dissection de la pièce montre que la fistule n'était pas adhérente à l'os. Drainage. Suture.

Les suites furent excellentes. Le drain est enlevé le surlendemain et 5 jours plus tard la malade quitte l'hôpital conservant une surface bourgeonnante de quelques millimètres de diamètre.

Examen de la pièce. — La fistule est incisée et étalée, on voit qu'il existe à sa partie supérieure une cavité qui aurait pu contenir une cerise. Un canal rattache cette cavité à l'extérieur. En un point la paroi de ce canal est lisse et régulière, comme tapissée d'une muqueuse.

Examen histologique. — Les coupes ont été pratiquées au niveau de la paroi de la cavité et au niveau du canal.

1^o En haut les parois du canal sont irrégulièrement formées par une couche épaisse de cellules embryonnaires, pas de trace de cellules épidermiques. Des vaisseaux volumineux s'avancent jusqu'à la cavité.

2^o En bas, au niveau du canal qui rattachait la cavité à la peau les coupes montrent nettement la structure de la muqueuse. La

couche est formée de 3 à 6 assises de cellules. Les cellules superficielles sont aplaties, les cellules profondes sont prismatiques. Elles prennent fortement les colorants. Par places, la muqueuse se desquame.

La couche épithéliale repose sur une membrane peu nette. Elle n'envoie pas de prolongement dans la sous-muqueuse. Il n'existe ni papilles, ni glandes, ni poils.

La sous-muqueuse est fortement infiltrée de cellules embryonnaires. Les vaisseaux y sont plus abondants.

OBSERVATION II (Inédite)

(Duc à l'obligeance de M. Vcau, prosecteur de la Faculté)

M. B. . . âgé de 22 ans, entre dans le service de M. le Professeur Tillaux, le 14 mai 1896, pour une fracture du péroné. Après quelques jours de traitement, la malade nous montre dans la région coccygienne, une petite saillie qui la faisait à peine souffrir. Elle dit que cette saillie existe depuis plusieurs années, elle s'était ouverte, il y a plus d'un an, laissant écouler un liquide séreux en faible quantité. Depuis trois mois environ elle s'était reproduite.

Actuellement il existe sur la face postérieure du coccyx une petite saillie du volume d'un noyau de cerise, mobile sur les plans profonds, immobile sur la peau. Cette tumeur est rattachée à son pôle inférieur par un tractus qui se dirige en bas et se perd bientôt.

Une incision punctiforme donna issue à un liquide filant, incolore, en faible quantité. Un stylet pénétra à une profondeur de 3 centimètres vers la pointe du coccyx.

On proposa à la malade de lui enlever ce petit trajet. Comme elle n'avait jamais souffert, elle refusa.

15 jours après elle quitta l'hôpital conservant un orifice fistuleux par où s'écoulent chaque jour quelques gouttes de sérosité. On lui recommande une propreté soigneuse de la région pour éviter les accidents infectieux.

OBSERVATION III (Résumée)

(Féré, in Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1878)

Une petite fille, de cinq ans, morte dans le service de M. Parrot, à l'hospice des Enfants Assistés, présente un cloisonnement de la cavité pelvienne, un utérus et un vagin doubles.

Ce sujet offre en outre une autre particularité : c'est une dépression circulaire infundibuliforme, de 3 à 4 millimètres de profondeur, située au niveau de la partie inférieure du sacrum ; les bords en sont mousses et lisses, le fond paraît adhérent au squelette ; la peau qui la forme présente les mêmes caractères que dans les régions voisines.

OBSERVATION IV

(In thèse Peyramaure-Duverdier)

Consultation, garçon de 2 jours (bec-de-lièvre). — Les fesses sont bien conformées. Sur la ligne médiane, dans la rainure, on trouve, correspondant à l'articulation sacro-coccygienne, une dépression remplie de débris épidermiques pouvant recevoir l'extrémité d'un stylet ; la peau semble fixée là par sa partie profonde. Au-dessus de cette dépression on trouve un sillon profond qui se prolonge jusqu'à l'origine des fesses, dans une étendue de deux à

trois centimètres ; ce sillon présente sur ses bords de nombreux poils follets.

OBSERVATION V

(Hardmann, The Lancet, 1882, p. 504)

Fille de 4 ans, robuste. Dépression au niveau de l'extrémité du sacrum qui semble finir en renflement fixe, non mobile, tandis qu'on ne trouve point d'extrémité coccygienne du tout. Au niveau de ce renflement sacré se trouve la « fistule », profonde d'un centimètre environ, caliciforme et dont le fond ne paraît séparé de l'os que par une peau mince. Impossible d'en reconnaître l'exakte profondeur. Le point intéressant de ce cas c'est que l'enfant offre en outre un spina-bifida lombaire.

OBSERVATIONS VI, VII, VIII, IX, X

(In thèse Wendelstadt, Bonn., 1885)

A. — P. H..., âgé de 2 mois. Bec-de-lièvre. Sur la lèvre supérieure on trouve une fente profonde d'un demi centimètre environ, qui se prolonge en haut pour pénétrer dans la narine droite. Infundibulum dans le sillon inter-fessier, sur la ligne médiane.

B. — I. S..., âgé de 3 ans 1/2. Fistule congénitale de l'oreille droite. Au niveau de l'articulation sacro-coccygienne infundibulum cutané.

C. — L. N..., âgé de 3 mois 1/2, malformation congénitale du pavillon de l'oreille du côté gauche. Dans le sillon inter-fessier on trouve un méplat et un infundibulum cutanés.

D. — Malade, âgé de 20 ans, atteint d'un spina-bifida de la colonne lombaire et d'un mal perforant plantaire. Présente en outre

au niveau de l'articulation sacro-coccygienne un infundibulum cutané assez profond.

E. — C. O... A un travers de doigt au-dessus de la rainure interfessière, à la hauteur du sacrum on trouve à gauche de la colonne vertébrale un infundibulum dont la profondeur est d'un centimètre et demi et dont l'orifice cutané revêtu de peau normale permet l'introduction d'une grosse sonde. En outre, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne deux dépressions linéaires présentent l'aspect d'un V. A l'examen des vertèbres on trouve une malformation intéressante du coccyx. On avait l'impression comme si le coccyx avait été déplacé latéralement ou même incurvé en arrière.

OBSERVATION XI

(Dunlop, *Lancet*, London, 1883, I, p. 729).

Fille, âgée de 8 ans. Fossette circulaire sur la ligne médiane, au niveau de la pointe coccygienne. La pointe du coccyx est incurvée en arrière et située à un quart de pouce au-dessous du bord inférieur de la dépression.

OBSERVATION XII

(In Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale* 1898, p. 50).

Il s'agit d'une petite fille de 20 jours bien conformée par ailleurs qui présentait à la base du coccyx, un infundibulum extrêmement prononcé. Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est qu'au-dessus et au-dessous de l'infundibulum, il existe une assez large ulcération de la peau, qui, au dire de la mère, était déjà visible au moment même de la naissance.

L'orifice présente absolument les caractères des orifices fistuleux en cul-de-poule, mou, déprimé, avec des plicatures à la périphérie. Le stylet y pénètre à une profondeur d'un centimètre et demi environ. L'enfant se développe normalement ; la motilité des membres inférieurs est intacte ; les sphincters vésical et anal sont également normaux. Le doigt introduit dans l'anus ne note rien d'anormal. On ne sent rien à la face antérieure de la colonne vertébrale ; celle-ci paraît normalement conformée et ne présente aucune trace de spina-bifida.

Il est très intéressant de noter que la mère, âgée de 23 ans, est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche droite.

OBSERVATION XIII

(Bull. de la Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux, 1891, p. 74).

(La malade est présentée à la Société par MM. Sabrazès et Frèche).

Petite fille; 8 ans, placée dans le service de M. le professeur Piéchaud.

Elle porte depuis sa naissance, au-dessus de la région coccygienne, immédiatement en arrière du sillon interfessier, une tumeur piriforme, longue de 7 centimètres, du volume d'une grosse noix à sa partie la plus renflée et se terminant en bas par un appendice analogue à un doigt de gant.

La tumeur de consistance uniforme, rénitente, lipomateuse, repose dans la station verticale, sur la saillie des deux fesses. La peau qui la recouvre est normale, sans poils et glisse à sa surface. On ne constate pas de pédicule appréciable la reliant soit au coccyx, soit à l'intestin

A un travers de doigt au-dessus de la tumeur se trouve une dépression, du volume d'un gros pois, également congénitale.

La coïncidences, sur un même sujet, de cette tumeur et de cette dépression constitue un fait rare, peut-être unique, lié à des troubles de développement (pincement ectodermique, d'une part, absence de soudure, d'autre part).

OBSERVATION XIV (Résumée)

(In thèse Pouthiou-Lavielle).

Fille, âgée de 8 mois. Imperforation de l'anus et une fistule faisant communiquer le rectum avec le vagin.

A 8 centimètres de la pointe du coccyx et un peu sur la partie latérale droite, dépression de forme allongée obliquement de haut en bas et de la partie latérale droite vers la ligne médiane. La peau est peu mobile sous les parties sous-jacentes.

L'enfant est née avant terme à 7 mois et demi.

OBSERVATION XV (Résumée).

(I. Mason Warren, in « Surgical observation with cases and operations », 1867).

Jeune homme, âgé de 25 ans. Système pileux très développé. Petite ouverture fistuleuse dans le sillon interfessier au niveau du sacrum. Une légère humidité en ce point éveilla pour la première fois son attention, il y a un an. D'abord séreux, le liquide qui s'en écoulait devient bientôt purulent. Dans ces derniers temps, la maladie s'aggrava; la douleur et l'incommodité qu'il en éprouvait le décidèrent à voir un médecin.

A l'examen on trouve une petite ouverture circulaire admettant

la pointe d'un stylet : on dirait qu'en ce point la peau s'est repliée et il n'y a rien qui ressemble au pertuis déchiqueté et enflammé d'une fistule ordinaire. On voyait sourdre de la fistule un liquide séro-purulent ; on pouvait faire remonter le stylet par ce trajet dans l'étendue de 1 pouce 1½.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Du même, *ibidem*)

Homme, entre à l'hôpital le 31 juillet 1861 pour être opéré de ce qu'il croit être une « fistule à l'anus ». Une année auparavant il avait reçu un coup de pied aux fesses, et à la suite était apparue une petite masse dure qui avait suppuré dernièrement. On trouvait une ouverture près de l'anus et une autre près du coccyx ; ni l'une, ni l'autre ne communiquaient avec le rectum. On faisait librement passer une sonde de l'une dans l'autre. En ouvrant largement tout le trajet, entre les deux ouvertures on trouva une touffe de poils, absolument libres, et ne présentant aucun bulbe. — Une semaine plus tard, le malade quittait l'hôpital dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XVII

(Warren, In the Boston medic and surgic. Journal, 1877, p. 328)

C. L., 20 ans. Entre à l'hôpital le 21 octobre 1876. Une année auparavant chute sur le sacrum et depuis elle ressent une douleur dans la région coccygienne. A l'examen on trouve deux ouvertures fistuleuses, médianes, dans le sillon interfessier, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. L'inférieure, à l'union du sacrum avec le coccyx, la supérieure à un pouce de la première.

Un stylet pénètre à une grande distance aussi bien en haut qu'en bas.

23 octobre. — Ouverture large des trajets. On trouve une mèche de poils dans le fond du trajet. — 5 décembre. Sortie de la malade guérie.

OBSERVATION XVIII

(Walker, in Virginia Med. Monthly, Richmond 1875)

Jeune homme. Il y a deux ans il aperçoit de légères taches séropurulentes sur sa chemise et il éprouve une sensation pénible dans la région anale. A l'examen on trouve en arrière de l'anüs deux ou trois petites dépressions ressemblant à des pustules cicatrisées de petite vérole. Le malade ne s'occupe pas pendant quelque temps de ces légers troubles, mais il revient plus tard et on constate alors un écoulement purulent provenant d'une fistule qui siège sur une des dépressions sus-dites. Le stylet pénètre à 2 pouces dans la fistule qui, borgne, aboutit au niveau du coccyx. Deux ou trois jours plus tard on extrait de la fistule une mèche de poils follets.

OBSERVATION XIX

(Du docteur E. Mason. The Médical Record, 1880, p. 624)

Il y a trois semaines, le Docteur Mason a vu une dame de 27 ans chez qui l'on supposait une nécrose du coccyx. Il y a 12 ans, elle avait eu, sans cause connue, un abcès au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Cet abcès s'ouvrit et se referma à plusieurs reprises et plusieurs autres petits abcès se produisirent dans la même région, à différentes époques.

A l'examen on trouva un orifice livrant issue à du pus et sié-

geant au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Un stylet pénètre vers la ligne médiane et de là vers la partie inférieure du sacrum et jusqu'au premier os coccygien. Il y avait deux autres orifices. De l'un sortait du poil dont une petite quantité fut arrachée, de l'autre deux poils furent extraits. La cavité fut ouverte et le sac excisé. La poche contenait une boule de cheveux.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Terrillon, Revue de Chirurgie, 1882, p. 270)

Homme, 37 ans, vigoureux. Présente au-dessus de la rainure interfessière une fistule cutanée, entourée de trois fistules purulentes à fond et orifices fongueux.

Depuis 18 ans, poussées inflammatoires du côté de la cavité cutanée, et formation d'abcès à répétition.

La cavité cutanée, ouverte, avait deux centimètres dans le sens transversal et trois dans le sens vertical ; elle présentait une surface irritée et rouge, mais non fongueuse, analogue à de la peau au voisinage d'un foyer de suppuration. Destruction de la cavité par le fer rouge. Guérison.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Du même, Ibidem)

A l'hôpital Saint-Antoine, en 1878. Vigoureuse campagnarde qui présente depuis plusieurs années, au-dessus du sillon interfessier des poussées inflammatoires bizarres, guérissant après quelques jours et laissant à leur suite un suintement purulent, qui augmentait après chaque poussée. Depuis son extrême jeunesse elle avait eu à ce niveau un trou qui n'existe pas chez les autres en-

fiants. A l'examen, on trouve un orifice cutané, nettement limité par une bordure en peau et donnant accès dans une cavité. La pression en faisait sortir une matière blanc-jaunâtre, formée par des amas d'épithélium pavimenteux avec un peu de liquide. Aucune lésion secondaire autour de la fistule.

Un morceau de la paroi fistuleuse, extirpé, était constitué par tous les éléments de la peau normale.

OBSERVATION XXII

(du même, Ibidem).

K..., 36 ans, éprouve une série d'accidents à la partie supérieure du sillon interfessier où existait sur la ligne médiane un orifice cutané, sans inflammation des bords et sans bourgeons, avec épithélium normal. Le stylet pénètre dans une cavité de 2 centimètres 1/2 de profondeur. Ecoulement séro-purulent qui date depuis 21 ans. L'orifice datait depuis l'enfance. L'examen du liquide séro-purulent fait reconnaître une grande quantité de cellules épithéliales pavimenteuses et quelques leucocytes.

Autour de cette fistule cutanée, on trouve 5 ou 6 autres orifices tout différents, à bords déchiquetés et couverts de bourgeons sa-nieux. La peau du voisinage était violacée et soulevée.

L'examen histologique confirma le diagnostic de fistule cutanée entourée de fistules inflammatoires.

Cautérisation au fer rouge. Guérison rapide.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

Heurtaux, in Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1882. p. 192.

Femme, âgée de 23 ans, de bonne constitution ; est née de cousins issus de germains.

Polonsky

Depuis l'âge de 17 ans, suppuration au niveau de la région coccygienne. A l'examen on trouve sur la ligne médiane trois infundibula, le premier large de 2 ou 3 millimètres, situé à 15 mm. en arrière de la pointe du coccyx, le second, très étroit, à 2 millimètres plus en arrière ; le troisième enfin aussi large que le premier est à 18 mm. en arrière de celui-ci. Les trois orifices sont constitués par une peau saine. Il s'en échappe, quand on presse sur la région une petite quantité de pus. Le stylet introduit dans l'un quelconque de ces orifices fait reconnaître l'existence d'un trajet fistuleux sous-cutané qui communique avec les trois infundibula. La malade, commençant une grossesse, ne peut être soumise à une opération.

OBSERVATION XXIV

(Du même, Ibidem).

M. B. . . , âgé de 19 ans, étudiant en médecine, éprouve depuis 6 mois de la sensibilité et un léger suintement purulent dans la région coccygienne. On constate la présence de quatre infundibula situés dans le pli interfessier et d'un orifice adventice plus en arrière, à droite de la ligne médiane. Cet orifice adventice, se présente sous la forme d'une légère saillie percée à son centre d'un trou par lequel s'échappe une petite quantité de pus. Il en coule également un peu des infundibula. Le stylet permet de reconnaître un trajet fistuleux qui fait communiquer tous ces orifices.

OBSERVATION XXV

(Du même, ibidem)

M. P. . . , âgé de 30 ans, vient consulter pour une fistule qui date de 6 mois et qui occupe la région sacro-coccygienne. — A

l'examen on trouve deux orifices à caractères différents : l'un d'eux, situé sur la ligne médiane, large d'un millimètre seulement, à peu près arrondi, est très net, formé par une peau saine, se trouve à 4 centimètres en arrière de la pointe du coccyx ; l'autre, situé plus en arrière, à gauche du sillon inter-fessier, a tous les caractères d'un orifice de fistule ordinaire : il est rougeâtre, pourvu de bourgeons charnus. Un stylet passe facilement d'un orifice à l'autre ; la longueur du trajet est de deux centimètres. La fistule ne va pas jusqu'à l'os. Pas d'os dénudé. Le malade refuse l'opération proposée.

OBSERVATION XXVI

(Du même, ibidem)

M. T. . . , âgé de 35 ans, professeur, éprouve depuis 10 ou 12 ans, en arrière de l'anus des démangeaisons presque continuelles. Il y a quatre ans environ, survient à la partie la plus interne de la fesse droite un « bouton » qui est revenu à plusieurs reprises produisant à chaque réapparition une douleur vive, accompagnée de picotements. La suppuration n'existerait que depuis 18 mois et serait continuelle. A l'examen on trouve sur la ligne médiane trois infundibula placés à 12 ou 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx. En outre on constate deux orifices adventices situés à droite du pli inter-fessier, un peu en arrière des infundibula.

Opération, au cours de laquelle on enlève la masse de tissus qui renferme les infundibula et les fistules secondaires. Cicatrisation de la large perte de substance, par granulation, au bout de six semaines.

OBSERVATION XXVII

(Du même, ibidem)

Jeune fille, 18 ans, délicate, née de parents consanguins (cousins germains). Elle a eu cinq frères et sœurs, dont trois ont présenté des monstruosités.

Il y a deux ans petit abcès à la fesse gauche, qui s'ouvre et se ferme à plusieurs reprises. Douleurs assez vives, calmées par l'écoulement du pus. A l'examen on trouve sur le raphé médian quatre petits pertuis disposés sur la même ligne, à 16 et 13 millimètres de la pointe du coccyx, et constitués par de fortes dépressions de la peau à coloration et apparence normales. En outre on remarque plus en arrière, à gauche du pli inter-fessier, un orifice fistuleux à contour inégal, fongueux, qui ressemble aux fistules ordinaires. Les quatre infundibula et l'orifice adventice communiquent entre eux.

Opération, consistant en deux incisions demi-elliptiques comprenant les 5 orifices et les trajets fistuleux. Cicatrisation au bout de cinq semaines. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

OBSERVATION XXVIII

(Du même, Ibidem)

C. J..., âgé de 27 ans. Début du mal il y a 3 ans 1/2, sous forme d'une petite grosseur un peu douloureuse, située à gauche du pli interfessier. Il y a 18 mois la grosseur s'est ouverte. Depuis lors la fistule n'a pas cessé de suppurer. A l'examen, on trouve : Sur la ligne médiane, au niveau du coccyx, à 1 centimètre en arrière de la pointe de cet os, un infundibulum, large de 3 à 4 millimètres dont le contour est formé par une peau absolument saine.

Un peu plus en arrière, trois autres dépressions séparées par des intervalles de 9 millimètres, très superficielles.

Enfin, sur les limites internes de la fesse gauche, il existe un orifice adventice avec tous les caractères d'une fistule inflammatoire. Un stylet, introduit par l'infundibulum, pénètre dans le trajet et vient sortir par l'orifice fessier. La fistule mesure cinq centimètres de longueur.

Opération. — On enlève intégralement le trajet fistuleux, avec la portion de peau qui porte les deux orifices.

A l'examen de la pièce, on trouve dans la fistule un faisceau de poils fins, au nombre de 77.

L'examen histologique démontre la présence de lésions purement inflammatoires.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

(In thèse Couraud)

Pauline N..., 20 ans. Fistule à la partie supérieure du pli interfessier. Pas d'adhérences aux parties profondes. L'orifice circulaire, taillé à l'emporte-pièce à un diamètre de 3 millimètres, le trajet de 2 centimètres ; les parois cutanées se continuent avec l'épiderme interne et externe. Les abcès qui se sont formés autour de la fistule, ne communiquent pas avec le trajet. — Cautérisation au fer rouge. Guérison.

OBSERVATION XXX

(Du même Ibidem)

X..., âgé de 22 ans, très vigoureux. Au niveau de la région sacro-coccygienne volumineux abcès qui a déjà été incisé, il y a quel-

ques mois. On trouve, à 5 ou 6 centimètres de l'anus, un peu au-dessus de la pointe du coccyx une petite ouverture de 3 millimètres, à bords lisses et réguliers. Le stylet pénètre à une profondeur de 3 centimètres et n'arrive pas sur des parties osseuses. Il se promène en haut et en bas, dans des diverticules formés par les abcès. La paroi fistuleuse rompue communique avec les collections purulentes, formées autour d'elle.

Incisions de la fistule et des abcès ; râclage avec la curette tranchante des fongosités ; cautérisation au thermo-cautère des parois du trajet fistuleux.

OBSERVATION XXXI

(Du même, ibidem)

Victor C.... âgé de 26 ans. Fit en 1872, il y a dix ans, une chute de trapèze et ressent depuis une violente douleur dans la région sacrée. En 1876, le passage d'un stylet dans l'orifice produisit l'évacuation d'une faible quantité de pus. On fait sans aucun résultat, des injections de nitrate d'argent et de teinture d'iode. En 1880, issue de pus et d'un faisceau de poils. Etat actuel, décembre 1882 : A trois centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, dans le sillon interfessier, orifice de 4 à 5 millimètres, communiquant avec un trajet fistuleux d'un centimètre de longueur. La peau est normale. Pas d'adhérences. A 1 centimètre du sillon interfessier, sur une étendue de 3 centimètres, on trouve une surface empâtée et demi fluctuante, une incision donne issue à du pus, au milieu duquel on trouve deux à trois mèches de poils agglutinés ensemble.

Le malade présente du côté gauche une atrophie testiculaire, congénitale, paraît-il.

Opération. — Ablation au bistouri de la poche, grattage et cautérisation de toute la surface. Guérison.

OBSERVATION XXXII

(Du même, *ibidem*)

Marguerite D. . . , 49 ans, journalière, entre dans le service de Monsieur le Docteur Tillaux, le 4 avril 1883. Au niveau de la base du coccyx, à 7 centimètres de la marge de l'anus, sur la ligne médiane, infundibulum, au fond duquel se cache un petit orifice. Peau normale. Cette conformation est congénitale. La malade n'a éprouvé aucune gêne jusqu'à l'âge de 37 ans. Il y a 12 ans, elle ressentit au niveau de cette région, une douleur assez vive, s'éveillant toutes les fois qu'elle était assise. En 1879, exacerbation des douleurs, léger écoulement séreux de la fistule. Depuis les élancements deviennent de plus en plus fréquents ; ils s'irradient tantôt vers les lombes, tantôt vers les fesses et les cuisses. La peau est très mobile au niveau de la fistule. Impossible de faire pénétrer un stylet. La malade n'a pas été opérée.

OBSERVATION XXXIII (Résumée)

(M. Reclus, in *Cliniques et crit. Chirurgic*, 1884, p. 439)

Jeune homme, 16 ans, grêle, lymphatique. Variole à 4 ans, scarlatine à 14, fièvre typhoïde à 15, se présente à la Consultation de l'Hôtel-Dieu pour une fistule dont il ne souffre pas. Cette fistule est située dans la rainure interfessière, juste sur la ligne médiane, entre l'anus et la pointe du coccyx, à 6 millimètres en avant de celle-ci environ. Son orifice, à fleur de peau, ne fait aucune saillie anormale, des plis radiés le bordent. Pas de changement de coloration des téguments. Légère sécrétion muqueuse.

L'orifice mesure 4 à 5 millimètres de diamètre ; une sonde de femme y pénètre sans difficulté, mais elle est arrêtée après un trajet de 2 centim. ; le canal se rétrécit alors et n'admet plus qu'un stylet qui remonte jusqu'à une hauteur de 5 centimètres et là butte contre un cul-de-sac. C'est donc d'une fistule borgne externe qu'il s'agit ; elle ne présente aucune communication avec le rectum, et le toucher démontre qu'entre le doigt explorateur et le stylet il existe une épaisseur de tissu d'un demi-centimètre. Le trajet monte parallèlement à l'intestin. Les parois de cette fistule et les tissus qui l'environnent sont absolument souples.

D'après les dires de la mère du malade, cet orifice anormal aurait été constaté peu de temps après la naissance.

Le malade n'a pas encore été opéré.

OBSERVATION XXXIV

(Madelung, in Centralblatt für Chirurgie, 1885, p. 762)

Homme de 35 ans, constitution excellente ; système pileux très développé. A constaté depuis quelque temps des taches séro-purulentes sur sa chemise. Un médecin consulté constata que le pus provenait d'une fistule située dans la région du coccyx. Bien que le stylet introduit dans le trajet fistuleux n'avait pas permis d'arriver sur l'os dénudé, on avait quand même porté le diagnostic de carie du coccyx et on pensait à une intervention radicale. L'examen du malade me montra que la peau de la région coccygienne était tout simplement couverte d'eczéma et que le trajet fistuleux qui donna issue à très peu de pus n'était autre chose qu'une « *foveola coccygea* » exceptionnellement développée et ne mesurant pas moins d'un centimètre de profondeur. Le traitement conseillé contre l'eczéma et une propreté plus minutieuse de la région firent disparaître tous les troubles.

Trois frères et le fils du malade présentaient également des infundibula très développés.

OBSERVATION XXXV (Résumée)

(In thèse Wendelstadt, Bonn, 1885)

Jeune homme, 17 ans, bien portant. A gauche, à mi-hauteur du sacrum, à 1 cent. 1/2 environ de la ligne médiane se trouve un petit orifice fistuleux. Un stylet introduit pénètre en bas, dans la direction du coccyx. Le trajet fistuleux, borgne, finit en un endroit auquel correspondent dans la rainure inter-fessière, juste sur la ligne médiane, six orifices très fins, auxquels, d'autre part, correspondent autant de dépressions cutanées, situées à des distances variables l'une de l'autre, au niveau de la pointe du coccyx et de l'articulation sacro-coccygienne.

Excision totale du trajet fistuleux et des infundibula. Gratage à la curette. Dans les masses enlevées on trouve des poils follets. — Guérison rapide.

OBSERVATION XXXVI

(Du même, ibidem)

Homme, 30 ans, constitution robuste. Vient consulter pour une fistule suppurante de la région sacrée. Le malade raconte qu'il souffre depuis quelques années de douleurs dans la région fessière. Depuis trois mois exacerbation des douleurs et sécrétion séro-purulente. — A l'examen, on constate sur la ligne médiane, à la hauteur du coccyx deux orifices arrondis, distants l'un de l'autre d'un centimètre. Entre le coccyx et l'anus existe, en outre, un orifice adventice à bords minces et livides, donnant issu à du pus.

Incision de tous les trajets dans lesquels on trouve des poils follets. Les parois de la cavité étaient lisses et avaient un aspect mucoïde. — Guérison rapide.

OBSERVATION XXXVII

(Du même, *ibidem*)

Homme, 25 ans, bien portant se plaint d'abcès à répétition de la région sacrée. A l'examen on constate à deux travers de doigt au-dessus du sillon interfessier une tumeur de la grosseur d'une noix. La peau est adhérente et rouge. La tumeur présente deux orifices fistuleux par lesquels s'écoule un peu de pus. A deux travers de doigt au dessous de la tumeur, on trouve une dépression cutanée. Un stylet fin introduit dans cette dépression montre que cette dernière communique avec les orifices fistuleux. Extirpation du trajet fistuleux ainsi que de la tuméfaction qui adhérait fortement au fascia. — Guérison.

A l'examen de la pièce on trouve dans le trajet quelques poils. L'examen histologique permet de constater ce qui suit : La peau, à l'entrée de l'infundibulum, offrait ses caractères normaux ; puis elle perdait progressivement ses glandes et ses follicules fibreux ; enfin, dans le fond même, elle avait un caractère mucoïde.

OBSERVATIONS XXVIII, XXIX, XL, XLI (Résumées)

(D. H. Goodsall, *St Bartholomew's Hospital Reports*, London 1888, XXIV, 229, 240)

A. — Domestique, 23 ans, fait, il y a quatre ans, une chute et se heurte à la hauteur de l'articulation sacro-coccygienne. Depuis abcès à répétition, traités par des incisions insuffisantes. Entre le

3 septembre 1888 à l'hôpital. On constate deux orifices, l'un à 3/4 de pouce au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, l'autre à un pouce au-dessous. La cavité remontait à 1 1/2 pouce plus haut et à gauche de l'orifice supérieur. La plus grande partie du coccyx a été enlevée. — 7 septembre. Débridement du reste du trajet persistant et de deux cavités latérales, à gauche. Granulations extirpées; ouate sèche dans la plaie. Ni séquestre, ni os dénudé. — Guérie le 3 novembre.

B. Fille, 26 ans. Tombe en 1879 sur un vase brisé et se fait une coupure près de l'articulation sacro-coccygienne. La cicatrice de cette coupure reste toujours sensible. En 1885, il se forme un abcès à côté de cette cicatrice, abcès qui s'ouvre et se referme alternativement et ne cesse de suppurer jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, le 5 mai 1888.

Ouverture de tout le trajet fistuleux et d'un diverticule latéral. Pas de séquestre, ni os dénudé. Guérison.

C. Femme, 25 ans. Abcès à répétition près l'articulation sacro-coccygienne, depuis 1879. Entre à l'hôpital en 1888. Incision large du trajet fistuleux qui se trouve à un demi-pouce au-dessous de la pointe du coccyx. Quatre poches latérales furent également ouvertes. On ne vit ni ne sentit aucun séquestre, ni os dénudé. Guérie.

D. Femme, 20 ans. Chute sur le sacrum en 1883. Cette région resta douloureuse, et il s'y forma une petite grosseur qui, quelques années plus tard, à la suite de nouvelles chutes, s'enflamma, fut ouverte et donna issue à un peu de pus. Cet écoulement continua jusqu'à son entrée à l'hôpital. Large ouverture du « sinus » qui se trouve entre le coccyx et l'anus. On ne vit, ni ne sentit aucun os dénudé. La malade sort le 17 septembre guérie, mais revient deux fois à l'hôpital pour des récidives. Guérie depuis.

OBSERVATION XLII

(De M. Chenantais. Journ. de méd. de l'Ouest. Nantes, 1887, p. 457).

M. Chenantais présente une tumeur de la région coccygienne qu'il a enlevée. L'affection se présentait sous la forme d'un trajet fistuleux conduisant à une petite cavité que l'on jugea être un kyste dermoïde. Le trajet fut enlevé avec un peu de tissu environnant. En l'examinant au microscope, on trouve autour du trajet une paroi fibreuse très épaisse et très dense présentant des vaisseaux sclérosés et, autour de ces vaisseaux, des amas de cellules embryonnaires. En se rapprochant de la cavité, on ne trouve que du tissu inflammatoire sans aucun tissu spécifique. Nous supposons donc qu'il s'agit là d'un trajet fistuleux borgne enflammé ou, que s'il y a eu primitivement un kyste, ce kyste avait été éliminé avant l'intervention opératoire.

OBSERVATION XLIII (Résumée).

(Routier. Bull. de la Soc. de Chir., 20 juin 1888).

J. R..., 38 ans, entrée à l'hôpital Laënnec en septembre 1888. En 1873, elle a fait une chute sur le siège, et dès lors, elle a toujours souffert de cette région. Peu de jours après la chute, apparut dans le sillon interfessier une petite tumeur du volume d'une noix, un peu sensible à la pression. Cette tumeur persista pendant 5 ans sans changement, mais ensuite il s'y forma un abcès qui malgré de petites interventions répétées ne guérissait pas complètement. Une fistule permanente s'était même établi et l'on avait admis l'existence d'une *affection osseuse*.

En septembre 1886 la fistule était fermée. Dans le sillon interfessier, au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne on constate

plusieurs cicatrices, en ou're, exactement dans le pli inter-fessier, vers la pointe du sacrum, un orifice en tout comparable à celui d'une énorme glande sébacée. Un stylet très fin put pénétrer dans cet orifice. Un peu de liquide séro sanguinolent s'écoula au moment où le stylet fut retiré.

Excision complète du trajet et de la poche qui adhèrent fortement à la crête sacrée. Cicatrisation complète au bout de 15 jours.

A l'examen histologique on ne trouve que des lésions de nature inflammatoire.

OBSERVATION XLIV (Résumée)

(Tapie, Revue médicale de Toulouse, 1890, p. 31)

Jeune fille, 18 ans ; présente un écoulement séro-purulent au niveau de la région sacrée. Cet écoulement daterait de trois mois et aurait fait suite à une tumeur de la même région dont l'apparition remonterait à quelques années.

A l'examen, on trouve à l'origine de la rainure inter-fessière, au niveau de la base du sacrum, sur la ligne médiane, un orifice à bords fongueux donnant issue à du pus. Un stylet introduit s'enfonce profondément vers le sacrum, en se dirigeant vers la pointe de cet os. En écartant les fesses de la malade, on constate, à 3 centimètres de la pointe du coccyx, un large infundibulum cutané admettant sans peine le doigt médius. La peau de l'entonnoir est normale. Le fond du cul-de-sac infundibuliforme était divisé en deux par un petit pont cutané. La portion supérieure admettait le stylet jusqu'à la profondeur d'un centimètre. Arrivé là, un cul-de-sac complet arrêtait l'instrument. La portion inférieure au contraire, adossée à la précédente à la façon de deux canons de fusil, permettait au stylet de pénétrer bien plus profondément.

Large ouverture des trajets fistuleux qui communiquaient entre eux. On ne trouva pas d'os dénudé. Malgré cette intervention une récurrence eut lieu. La malade est opérée de nouveau. On détruit toutes les cavités à l'aide du fer rouge. La guérison a été complète après un mois.

OBSERVATION XLV (Résumée)

(Bilhaut, in Ann. d'Orth. et de Chir. prat., 1891, p. 83)

M. Del. . . , 45 ans, sculpteur sur bois, atteint d'une fistule de la région coccygienne, se présente à notre consultation et nous prie de lui pratiquer l'opération de la « fistule anale ». L'interrogatoire du malade nous apprend qu'il est depuis sa naissance porteur d'une dépression cutanée ayant la forme d'une fistule et donnant issue par intervalles, à un liquide séro-purulent. Le malade, obèse, est atteint d'hémorroïdes externes et, chez lui, le pli interfessier et la région anale sont souvent le siège d'érythèmes et d'inflammations superficielles. On constate, à l'examen, trois orifices correspondant à un foyer central. Deux sont situés au fond du sillon et le troisième un peu à droite. Le stylet permet de bien établir que la lésion ne s'étend pas jusqu'au coccyx, et que la peau n'est pas décollée dans une grande étendue.

Incision de la fistule et grattage à la curette tranchante. Deux ans plus tard, récurrence et nouvelle opération. Destruction du trajet au thermo-cautère. Guérison.

OBSERVATION XLVI

(Anderson, cité par Mallory, loc. cit.)

Homme, âgé de 21 ans, de constitution faible, reçoit six mois auparavant un coup dans la région sacrée.

A l'examen, on trouve une fistule qui s'ouvre près du coccyx; du côté gauche. Impossible d'introduire un stylet à cause de l'étroitesse du trajet. A quatre pouces environ de cet orifice se trouve une petite dépression, par laquelle on fait sourdre un peu de mucus mélangé de pus. On fait une incision. Trois semaines plus tard on retire du trajet ouvert une mèche de poils fins.

OBSERVATION XLVII

(Beach, cité par Mallory, loc cit.)

Fille, 17 ans. Depuis six semaines abcès dans la région sacro-coccygienne. A l'examen on trouve un orifice parfaitement arrondi qui permet l'introduction d'une grosse sonde, et qui siège à un demi-pouce de la pointe du coccyx, sur la ligne médiane. A un quart de pouce de cet orifice fistuleux se trouve une petite dépression cutanée qui ne communique pas avec la fistule. Le coccyx était mobile et la pointe de cet os paraissait légèrement incurvée. Incision, curettage et pansement de la fistule. Cicatrisation de la plaie au bout de 12 jours.

OBSERVATION XLVIII

(I. C. Warren, cité par Mallory, loc. cit.)

Femme, 23 ans. A l'âge de 15 ans, abcès sur la ligne médiane, juste au-dessus de l'articulation sacro-lombaire. Une incision de l'abcès n'amène pas de guérison durable. A l'examen, on trouve une fistule sur la ligne médiane, au niveau de la base du sacrum, à l'origine du sillon interfessier. Le stylet pénètre à 2 pouces.

Opération. — Incision dans toute la longueur, de chaque côté de la ligne médiane. La cavité était revêtue d'une membrane pyogène que l'on curette soigneusement. La fistule contenait une

mèche de poils. Nouvelle récidence au bout de quelques mois : deux petites fistules, dans le sillon interfessier, à deux pouces de l'anus. Le stylet y pénètre difficilement.

OBSERVATION XILX (Résumée)

(In thèse Hansen)

É. P..., 25 ans, couturière, depuis plusieurs années atteinte de petits abcès à répétition de la région sacrée, dans le sillon interfessier. A l'examen on trouve deux orifices, le premier à 10 centimètres en arrière de l'anus, à 1 centimètre à droite de la ligne médiane, permet l'introduction d'un stylet qui s'enfonce à un centimètre ; le second, beaucoup plus petit, véritable infundibulum cutané, à 2 centimètres du précédent ne permet pas l'introduction du stylet.

Incision complète de la fistule et des tissus environnants. Guérison.

Sur les coupes histologiques les parois du trajet se montrent formées de tissu conjonctif dense infiltré de nombreuses cellules embryonnaires.

OBSERVATION L

(Du même, Ibidem).

J. . . , âgée de 26 ans, domestique, entre pour un petit abcès de la fesse. A l'examen on trouve, dans le sillon interfessier, un petit orifice, par lequel on peut faire sourdre un peu de liquide séreux. L'orifice est situé au niveau de la dernière pièce du sacrum. Un stylet introduit s'enfonce à 2 centimètres environ. La malade avait depuis longtemps remarqué que son linge était taché.

Extirpation complète de la fistule et des tissus environnants. Guérison.

Sur les coupes histologiques on voit que la poche est formée d'un tissu conjonctif dense, analogue à celui du derme cutané. On y remarque quelques petites papilles et quelques follicules pileux, avec un poil embryonnaire. Pas de revêtement épithélial.

OBSERVATION LI

(Du même, Ibidem)

L..., 25 ans, comptable. Dit avoir eu, il y a un an, un « clou » entre les deux fesses, clou qui n'a pas cessé de suppurer depuis. A l'examen on constate à 6 centimètres au dessus de la pointe du coccyx, sur la ligne médiane, trois petites dépressions superposées et offrant à peine de 2 à 3 millimètres de profondeur. Le fond de ces dépressions est recouvert de peau saine. Au-dessus de ces trois petites dépressions et à 10 centimètres environ de la pointe coccygienne, existe encore un orifice, en cul-de-poule, se continuant avec un trajet profond. Le stylet introduit aboutit à la face postérieure du sacrum, mais ne rencontre pas d'os dénudé.

Excision totale des trajets fistuleux. Guérison rapide. On trouva des poils roux dans la fistule.

OBSERVATION LII

(Du même, Ibidem).

L. G..., âgée de 19 ans, souffre depuis deux ans d'abcès à répétition de la région interfessière. A l'examen on trouve à 6 centimètres de la pointe coccygienne, dans le pli interfessier, une petite dépression de 2 cent. 1/2 de profondeur, n'allant pas jusqu'à

Polonsky

l'os. Un centimètre plus haut, il existe deux autres dépressions cutanées, superposées. Enfin, à 10 centimètres de la pointe coccygienne, se trouve un orifice assez large, en cul-de-poule, s'enfonçant directement vers le sacrum, où la fistule aboutit après un trajet de 5 centimètres. Cette fistule donne issue à un peu de pus.

Excision au bistouri. Suture. Drainage. Guérison. Il existait de la matière sébacée dans le trajet.

OBSERVATION LIII (Résumée)

(Wette, Archiv für Klinische Chirurgie, 1894, v. 47, p. 347).

Jeune fille, âgée de 15 ans. La malade présentait depuis sa naissance une fossette dans le sillon interfessier. Un an auparavant, la malade fut atteinte d'une fièvre typhoïde et depuis, dit-elle, elle éprouverait des douleurs dans la région sacrée, douleurs qui s'irradient vers le coccyx et vers la cuisse. A l'examen on constate à 14 centimètres au-dessus de l'anus, dans le sillon interfessier, à la hauteur de la deuxième vertèbre sacrée, une fossette cutanée, à laquelle fait suite un cordon induré qui s'engage dans la profondeur.

La fossette ne donne pas issue à du pus et est sensible à la pression. On fait une incision autour de la fossette et on constate alors qu'à cette fossette faisait suite un trajet fistuleux, assez fin, qui s'engage entre deux apophyses épineuses de la colonne sacrée et pénètre jusque dans le canal sacré. Là, on trouve en dehors et à gauche de la dure-mère, une poche de la grandeur d'une noix qui, après incision donne issue à une matière athéromateuse. Dans le trajet on trouve de la cholestérine, des cellules graisseuses. Excision du trajet fistuleux. On enlève même à la gouge une parcelle osseuse, afin de pouvoir mieux pénétrer dans la cavité.

L'examen histologique démontra que le trajet était revêtu d'une peau presque normale; on ne trouva, néanmoins, pas de glandes sébacées, ni de follicules pileux.

OBSERVATION LIV

(Du même, *ibidem*)

Lieutenant, âgé de 23 ans, avait remarqué, deux ans avant l'opération, un endroit douloureux dans la région du coccyx, qu'il avait pris pour un « clou. » La suppuration n'ayant pas cessé, il vient consulter. A l'examen on constate une tuméfaction de la région coccygienne dont la peau est rouge et couverte de petites cicatrices. On y constate deux petits orifices fistuleux et, un peu plus haut, dans une dépression longitudinale, une troisième fistule dans le trajet de laquelle on peut faire pénétrer un stylet qui se dirige en bas et parallèlement à la ligne médiane du coccyx. La peau qui entoure cette fistule est enflammée.

Excision des fistules et de la peau environnante. Guérison.

A l'examen histologique, on constate une peau presque normale; pas de follicules pileux normaux, mais des poils embryonnaires et quelques follicules oblitérés par des produits de désassimilation.

OBSERVATION LV

(Du même, *ibidem*)

Homme, âgé de 27 ans. Un an auparavant, il éprouva des douleurs dans le sillon interfessier. A l'examen, on constate à la partie inférieure du sacrum, sur la ligne médiane, deux infundibula superposés; au-dessous se trouve un nodule fluctuant. Excision des infundibula et du nodule fluctuant.

OBSERVATION LVI

(Du même, ibidem)

Jeune femme, 19 ans, présente au-dessus d'une vertèbre coccygienne surnuméraire qui proémine en arrière sous forme d'un coin et à 2 centimètres environ de l'anūs, un infundibulum cutané d'un centimètre de diamètre. Le coccyx n'est, en somme représenté que par un moignon rudimentaire. La peau dans le voisinage de l'infundibulum est rugueuse, épaissie et présente un aspect grisâtre, corné. La malade demande l'excision de cette partie de la peau qui secréterait de temps en temps du pus. L'intervention a lieu. La partie infundibuliforme est adhérente à la proéminence osseuse, qu'on enlève du même coup. Guérison.

Les coupes histologiques montrent une peau presque normale, quelques petits poils ; des glandes sudoripares en abondance, peu de glandes sébacées.

OBSERVATION LVII

(Du même, ibidem)

Jeune fille, 22 ans. Avait remarqué depuis quelque temps une tuméfaction plate dans la région coccygienne. A l'examen on trouve 4 infundibula superposés, situés sur la ligne médiane et profonds d'un demi-centimètre environ. Au-dessous, on trouve une tuméfaction plate, obscurément fluctuante.

Excision de la tumeur ainsi que des fistules.

OBSERVATION LVIII

(Du même, ibidem)

Sœur de charité, 25 ans. A remarqué depuis quelques années

une petite tumeur dans la région coccygienne. A l'examen on trouve à 6 centimètres environ de l'anus un infundibulum et 1 centimètre plus haut, une fistule revêtue de granulations, qui conduit dans une poche, située latéralement.

Excision de la poche et de l'infundibulum.

OBSERVATION LIX

(Page, Medical Record, 1895, p. 465)

H. V..., 23 ans. On trouve à l'examen deux orifices fistuleux, un au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, l'autre à un pouce plus bas. En pressant on en fait sortir du pus en quantité considérable. Les deux trajets communiquent entre eux. L'auteur pense d'abord à une « fistule anale » incomplète, mais rejette ce diagnostic en se basant sur les antécédents négatifs et l'état général du malade.

Injection de nitrate d'argent, le malade refusant l'intervention radicale. Dix jours plus tard on extrait de la fistule une douzaine de poils, ce qui permet à l'auteur de poser le diagnostic de fistule congénitale.

Excision de la fistule dans laquelle on trouve une centaine de poils. Guérison rapide.

OBSERVATION LX

(Godin, in comptes-rend. de la Soc. de Biol., 1897, p. 656).

(Pour rendre plus intelligibles les indications qui vont suivre, M. Godin désigne le grand-père par L¹, son fils par L² et ses petits-enfant par L³ et L^{3'}).

L² vint me trouver à propos d'un léger prurigo qui mit sous

mes yeux deux orifices fistuleux de la région sacrée supérieure. Ils siégeaient sur la ligne médiane, le supérieur à 1 cent. 1/2 au-dessus de l'autre et à 3 centimètres environ au-dessous de l'apophyse épineuse de la 5^e vertèbre lombaire, correspondant à l'origine de la crête sacrée postérieure.

Je pus acquérir la certitude que la peau qui se repliait au niveau de leurs bords, tapissait jusqu'au fond leur étroit canal.

L'orifice à fleur de peau présentait une forme circulaire et n'avait pas tout à fait 2 millimètres de diamètre. Le trajet à direction perpendiculaire à la surface cutanée ne mesurait pas plus de 6 millimètres pour la fistule la plus élevée et 5 millimètres environ pour l'inférieure, et conservait dans toute sa longueur le diamètre de l'orifice.

La peau déprimée en doigt de gant, dans ce diverticulum simple, offre une certaine résistance et de l'élasticité au fond, tandis qu'elle est moins ferme et sans élasticité au niveau des parois latérales.

A part une diminution appréciable de la mobilité au niveau même des points fistulés, la peau présente un aspect absolument normal et a conservé toute sa souplesse.

Trois mois plus tard, appelé à assister à la naissance de L³, je constatai la présence de deux fistules identiques par leur siège, leur aspect et leur configuration anatomique à celles de L² son père. Je ne trouvai rien de semblable chez la mère. Hormis cette malformation l'enfant était parfaitement conformé.

Je poursuivis l'hérédité chez la sœur aînée de ce bébé L³, elle avait dépassé trois ans. Chez elle comme chez son frère L³ et malgré l'épaisseur du tissu adipeux, les fistules existaient très apparentes, nettement délimitées, et répondaient exactement à la description précédente.

Les circonstances me permirent, peu de temps après, de reconnaître que L', le grand-père de ces deux enfants, était porteur de cette même malformation, qu'il avait transmise à son fils, lequel l'avait lui-même transmise à ses enfants sans modifications.

Je ferai remarquer que ces fistules siègent chez les quatre sujets au niveau de la région sacrée supérieure, bien au-dessus de la rainure fessière, tandis que le siège habituel des fistules de la région sacro coccygienne est la rainure elle-même.

J'ajoute que ces quatre sujets ne présentaient aucun autre vice de conformation.

OBSERVATION LXI

(Prochnow. Pester med. chirurg. Presse, 1897, p. 1242)

I. Sch..., vient consulter pour un écoulement purulent de la région anale. A l'examen on constate à gauche, non loin de l'anus, une perte de substance, légèrement purulente. Pas d'infiltration inflammatoire du côté de l'anus, comme on le rencontre dans les fistules anales. Par contre on constate une légère infiltration qui se dirige vers la partie médiane du coccyx. En outre, on trouve au milieu de la région coccygienne trois petits orifices, entourés chacun d'une dépression cutanée. Le stylet introduit dans l'orifice près l'anus pénètre fort loin et sort par l'orifice médian de la région coccygienne.

Incision de la fistule, dans laquelle on trouve une mèche de poils, ce qui permet de faire le diagnostic de fistule congénitale.

OBSERVATION LXII (Résumée)

(In thèse Masquin)

Henri B.... 34 ans, cocher. Depuis deux ans trois abcès de la ré-

gion inter-fessière dont le dernier a laissé une fistule. A l'examen on constate à 3 centimètres au-dessus de l'anus, deux orifices fistuleux, à bords non saillants, donnant issue à du pus crémeux et fétide. Un poil sortait par l'orifice supérieur.

Excision du trajet dans lequel on trouve une touffe de poils. Un an plus tard, nouvel abcès et nouvelle fistule. On constate dans la rainure inter-fessière, quatre orifices fistuleux, deux à la partie toute supérieure et qui occupent une cicatrice saillante et violacée. A 1 cent. 1/2 au-dessous, on trouve un orifice qui conduit dans un trajet infundibuliforme ; à un travers de doigt plus bas, en écartant les fesses, nouvelle dépression infundibuliforme. Par l'orifice moyen, il sort un poil.

Extirpation jusqu'aux os de tous les tissus malades. Curettage de la plaie. Guérison durable.

OBSERVATION LXIII (Résumée)

(In thèse Pouthiou-Lavielle).

Louis H. . . , 19 ans, porteur d'une dépression infundibuliforme para-coccygienne ressent, à la suite d'exercices d'équitation, une douleur au niveau du sillon interfessier. Un abcès se forme au niveau du point douloureux, au siège exact de l'infundibulum. On se contente d'un pansement simple qui n'amène pas de cicatrisation.

A l'entrée à l'hôpital on constate la présence d'un trajet fistuleux conduisant dans une cavité très limitée, dans la direction du sacrum, mais s'étendant directement du côté du coccyx et de l'anus. Pas d'os dénudé. Par le toucher rectal et par l'examen au spéculum ani, on ne trouve aucune altération de la muqueuse. Le malade n'a pas voulu se soumettre à l'opération.

OBSERVATION LX

(Du même, Ibidem).

Léonie B..., 25 ans, domestique, entre à l'hôpital pour un écoulement purulent de la région sacro-coccygienne.

A l'âge de 11 ans, la malade reçut dans le bas des reins un coup de pied de bœuf. Quelques temps après elle constate tout-à-fait en haut de la fesse droite un petit « bouton ». Cette petite tumeur augmentait de volume et devenait douloureuse au moment des règles. Trois ans plus tard, survient un écoulement purulent et une fistule s'établit. La malade entre à l'hôpital où on lui enlève les trajets fistuleux au bistouri. Elle quitte l'hôpital guérie. La guérison se maintient pendant une année. La malade se heurte alors au coin d'une table et les troubles réapparaissent.

Actuellement on constate au niveau de la région sacro-coccygienne, à la partie supérieure, au fond du pli interfessier, trois petits orifices, par où suinte un mélange de pus et de sang. Les trois orifices communiquent entre eux par des trajets fistuleux. Pas d'os dénudé.

Excision des trajets fistuleux.

OBSERVATION LXV (Résumée)

(Stolper, in Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1899, p. 211).

K..., 38 ans, sergent de ville, est atteint depuis plusieurs années d'un écoulement séro-purulent de la région sacrée provenant d'une fistule qui fut inutilement traitée par des cautérisations et par l'application de pommades (?)

On constate à l'examen du malade, une tumeur plate de la grandeur d'une pièce d'un franc, située dans le sillon interfessier et

présentant un orifice fistuleux permettant l'introduction d'un stylet qui pénètre à 8 centimètres environ. Le stylet n'arrive pas sur l'os dénudé. A l'entrée de la fistule, on sent des granulations molles.

Excision du trajet dans lequel on trouve un amas cellulaire grumeleux et un épiderme de mauvaise coloration, adhérant fortement au plan osseux. On est forcé d'enlever des parties du périoste. Greffes de Thiersch. Guérison.

OBSERVATION LXVI

(Du même, *ibidem*)

Z... âgé de 31 ans, ingénieur. Depuis plusieurs années, léger suintement purulent de la région sacrée, que le malade attribue aux suites d'une fièvre typhoïde. Le malade se souvient néanmoins avoir déjà remarqué dans sa jeunesse la présence d'un cordon induré (?) dans cette région. Depuis quelque temps la région s'est enflammée. Adénites inguinales bi-latérales.

L'inspection de la région permet de constater une inflammation phlegmoneuse de la région sacrée. Au milieu de cette partie rouge et légèrement tuméfiée se trouve une fistule dans laquelle on peut faire pénétrer le stylet à une hauteur de 7 centimètres dans la direction de la ligne médiane. Pas d'os dénudé. Le stylet ramène quelques grumeaux. Extirpation complète du trajet très adhérent au périoste. Guérison.

Les coupes histologiques démontrent la présence d'une peau presque normale.

Conclusions

1° Les fistules sacro-coccygiennes sont des affections rares, d'origine congénitale, parfois héréditaires.

2° Elles sont dues à la prolifération des téguments inclus au cours du développement ; mais les auteurs discutent la question de savoir si cette inclusion tégumentaire est liée à l'évolution du canal neural ou à celle de la saillie coccygienne.

3° Sous l'influence d'un traumatisme, par manque de propreté de la région, ces fistules sont sujettes à l'inflammation, surtout quand leur trajet est étroit et profond.

4° Cette inflammation s'accompagne de douleurs assez vives et d'un écoulement séro-purulent et se complique parfois de décollements assez vastes, d'abcès à répétition et de fusées purulentes.

5° L'étiologie et le siège de ces fistules permettront de les distinguer des fistules anales ; il est plus facile de les confondre avec les fistules ostéopathiques.

6° La véritable méthode thérapeutique, la seule qui mette à coup sûr à l'abri d'une récurrence, c'est la cure radicale avec extirpation complète et minutieuse du trajet fistuleux.

Vu : le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

- BILHAUT. — Fistule coccygienne congénitale ; abcès multiples ; incision ; récédive ; débridement au thermo-cautère pendant l'anesthésie à la cocaïne ; guérison. *Ann. d'orthop. et de chirur. prat.* Paris 1891, p. 81-85.
- BRAUN. — *Arch. für pathol. Anat.* 1886, v. CIV. p. 531.
- CALBET. — Tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne. (Th. Paris, 1893).
- CHENANTAIS. — Fistule coccygienne. Kyste dermoïde. *Journ. de Med. de l'Ouest*, 1883, p. 457.
- COURAUD. — Contribution à l'étude des dépressions, fistules et kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne (th. de Paris 1883.)
- DESPRÈS. — *Bull. de la soc. anat.* 1874 p. 502.
— *Bull. de la Soc. de chir.* 1874, 1882 et 1889, p. 614.
- DUNLOP. — On sacral dimple and abnormal coccyx. *Lancet*, London 1882, p. 729.
- ECKER. — *Icones physiologicae*, Leipzig 1859.
— *Arch. für Anthropol.* 1879, v. XI, p. 144, 281 et 1880, v. XII, p. 129.
- FÉRÉ. — *Bull. de la soc. anat.* 1878, p. 309 et 532.
- FOL. — *Compt. rend Acad. des Sc. Paris*, 1885, p. 1469.
- FREUND. — Ueber Schwanzbildung beim Menschen. *Arch. für path. Anat.* Berlin, 1886.
- GODIN. — Transmission héréditaire de deux fistules cutanées congénitales de la région sacrée. — *Soc. de Biologie*, Paris 1897, p. 656.
- GOODSALL. — Six cases of sinus over the sacrum and coc-

- cyx. — St. Barth. Hosp. Rep., London 1888, p. 229-240.
— Lancet, London, 1890, p. 651.
- GRAHAM. — Pilonidal sinus. — Journ. Amer. med. Assoc.
Chicago, 1897, p. 1151.
- GUSSENBAUER. — Ueber sacrale Dermoïde. — Prag. med.
Wochenschrift, 1893. N 36, p. 441.
- HANSEN. — Des kystes dermoïdes et fistules congénitales de
la région sacro-coccygienne. (th. de Paris, 1893).
- HARDMANN. — Congénital sacral fistule. — Lancet, London,
1882, p. 504.
- HEURTAUX. — Infundibulum coccygien et fistule para-coccy-
gienne. — Soc. de chir. 1882, p. 194.
- HYRTL. — Topographische Anatomie, 6^e édit. v. II, p. 134
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine
congénitale. — 1898, p. 47-51.
— Bull. médical, 1897, N 20 p. 225.
- KRAUSE. — Handbuch der menschlichen Anatomie 1879.
- KUHN. — Lettre à la Soc. de chir. 1867 p. 319 et 334.
- LANNELONGUE. — Fistules et dépressions congénitales para-
vertébrales. Kyste dermoïde de la région sacro-coccy-
gienne. — Bull. de la Soc. de chir. 1882. p. 185.
- LANNELONGUE ET ACHARD. — Traité des Kystes congéni-
taux, 1886, p. 120.
- LAWSON TAIT. — Congrès pour l'avancement des sciences à
Dublin, 1877.
— Natur, vol. XIII, 1878, p. 481.
- LUSCHKA. — Anatomie des menschlichen Beckens, 1864,
p. 57.
- MÄDELUNG. — Ueber die Fovea coccygea. — Centralbl. für
Chirurgie, 1885, p. 761.
- MALLODY. — Sacro-coccygeal Rimples, sinuses and cysts. —
Amer. Journ. of med. sc., 1892, v. 103, p. 263.

- MASON. — Dermoid cyst in the region of the coccyx and involving a portion of the left buttock. — Med. Rec., 1880, p. 521.
- MASQUIN. — Contribution à l'étude des dépressions et fistules sacro-coccygiennes (Th. de Montpellier, 1899).
- MOLK. — Tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc. — (Th. de Strasbourg, 1868).
- MORRIS. — Coccygeal dermoid fistulæ. — Medical Record, 1899, p. 531.
- NICAISE. — Tribune médicale, 1893, p. 327.
- PAGE. — A case of Pilonidal fistula. — Medical Record, 1895, p. 465.
- PEYRAMAURE-DUVERDIER. — Des dépressions et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne, thèse de Paris 1882.
- PHISALIX. — Académie des Sciences, Paris, 14 mars 1887.
- POUTHIOU-LAVIELLE. — Contribution à l'étude de l'infundibulum sacro-coccygien et des fistules congénitales paracoccygiennes (th. de Bordeaux, 1899).
- PRENANT. — Traité d'embryologie.
- PROCHNOW. — Zur Aetiologie der Hohlgänge in der Steiss-Aftergegend. Pester med. Chir., Presse, 1897, p. 1242.
- POZZI. — Soc. de Chir. 1882, p. 24 et 263.
- RECLUS. — Fistule congénitale de la région ano-coccygienne. Clin. et crit. chir. Paris, 1884, p. 439-443.
- REMAK. — Untersuchungen über Entwicklung der Wirbelthiere, Berlin, 1855, p. 142.
- RIEFFEL. — Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, v. VII, page 89.
- ROSER. — Anatomie chirurg., 1853, p. 18.
- ROUTIER. — Bull. de la Soc. de Chir. 1888, p. 506.
- SABRAZÈS et FRÈCHE. — Tumeur et dépression congénitales

- de la région sacro-coccygienne chez un enfant. Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux, 1891, p. 74.
- STOLPER. — Die angeborenen Geschwülste der Kreuzbeingegend. — Deutsche Zeitsch. für Chir., 1899, p. 207.
- TAPIE. — Fistule congénitale de la région sacro-coccygienne. Rev. med. de Toulouse, 1890, n° 3, p. 31.
- TERRILLON. — Bull. de la soc. anat., 1879, p. 141.
- Fistules congénitales de la partie supérieure de la région sacrée. Soc. de Chir., 1882, p. 54, 1889, p. 614 et in Revue de Chir., avril 1882.
- TOURNEUX ET HERRMANN. — Sur la persistance de vestiges médullaires coccygiens pendant la période fœtale chez l'homme et sur le rôle de ces vestiges dans la production des tumeurs sacro-coccygiennes congénitales. — Journ. de l'Anat. et de la Phys., 1887, p. 498.
- TOURNEUX. — Soc. de Biologie, 1892. — Traité d'embryol. hum., Paris, 1898, p. 358.
- VERNEUIL. — Compt.-rend. du Congrès franç. de Chir., 1891, p. 145.
- WALDEYER. — Das Becken. 1899, p. 146.
- WALKER. — Virginia Med. Monthly. Richmond, 1875.
- WARREN. — The Boston med. and. surg. Journ., 1877, p. 328.
- WARREN-MASON. — Surgical observ. with cases and oper, 1867, p. 192.
- WENDELSTADT. — Ueber angeborene Hauteinstülpungen und haarhaltige Fisteln (Th. de Bonn, 1885).
- WETTE. — Ueber Fisteln und Geschwülste in der Sacro-coccygealgegend. Dermoid am Sacralende. — Arch. für klin. Chir., 1898, V. XLVII, p. 343.

